INSTITUTUL DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE IAŞI

CURS de MEDICINA SOCIALĂ

CONF. DR. VALERIU RUGINA

1986

Scanned with OKEN Scanner

INSTITUTUL DE MEDICINA ŞI FARMACIE - I A Ş I

CURS
DE
MEDICINĂ SOCIALĂ

Conf. dr. VALERIU RUGINA

IAŞI - 1986

Scanned with OKEN Scanner

C U P R I N S

pag.

1.0.- Sănătatea şi morbiditatea populaţiei. Factorii ce le condiţionează. Implicaţiile lor. Tabloul şi tendinţa morbidităţii pe plan mondial şi în R.S.România.Prioritătile programelor sanitare 1

2.0.- Principalele stări şi fenomene demografice. Implicaţiile lor asupra stării de sănătate a populaţiei şi asupra organizării serviciilor medicale 14

2.1.- Principalele stări demografice 14

2.1.1.- Evoluţia numărului de locuitori şi repartiţia teritorială a populaţiei pe glob, în Europa şi în R.S.România 15

2.1.2.- Densitatea şi dispersia populaţiei 18

2.1.3.- Repartizarea populaţiei pe medii 19

2.1.4.- Structura populaţiei pe sexe 2o

2.1.5.- Structura populaţiei pe vîrste 2o

2.1.6.- Structura populaţiei după nivelul de instruire . . . 23

2.1.7.- Volumul şi structura populaţiei ocupate în producţia socială 24

2.1.8.- Structura populaţiei după starea civilă 27

2.1.9.- Structura populaţiei după mărimea gospodăriei şi a familiei 28

2.2. - Principalele fenomene demografice şi implicaţiile lor asupra sănătăţii populaţiei şi asupra organizării serviciilor medicale 29

2.2.1.- Natalitatea 3o

2.2.2.- Comportamentul demografic, nupţialitatea, divorţurile şi averturile 36

2.2.3.- Mortalitatea 4o

2.2.3.1.- Mortalitatea generală, mortalitatea şi letalitatea pe vîrste şi cauze medicale 4o

2.2.3.2.- Mortalitatea infantilă 45

2.2.3.3.- Mortinatalitatea, mortalitatea perinatală şi mortalitatea maternă 53
2.2.4.- Sporul natural, sporul migrator şi sporul total al populaţiei 55
2.3.- Politica demografică şi perspectivele dezvoltării populaţiei României 55
3.0.- Starea de sănătate a populaţiei - Aspecte generale . . 57
3.1.- Sănătatea populaţiei .Forme de expresie, tehnici de apreciere şi nivele în populaţie 57
3.2.- Morbiditatea populaţiei 63
3.2.1.- Incidenţa îmbolnăvirilor 67
3.2.2.- Prevalenţa bolilor 7o
3.2.3.- Morbiditatea cu pierderea temporară a capacităţii de muncă şi cu invaliditate 72
3.2.4.- Morbiditatea spitalizată 84
3.2.5.- Morbiditatea specifică pe cauze de boală 86
3.2.6.- Morbiditatea individuală sau pe persoane 87
3.2.7.- Morbiditatea succesivă sau în dinamică 88
3.2.8.- Valoarea şi importanţa formelor de expresie ale morbidităţii 89
3.3.- Metode de cunoaştere şi de apreciere a morbidităţii populaţiei 91
3.3.1.- Utilizarea diagramei lui Lexis în studiul morbidităţii 91
3.3.2.- Metoda transversală (de moment) 95
3.3.3.- Metoda longitudinală 97
3.4.- Metode epidemiologice în studiul bolilor netransmisibile 1o2
3.4.1.- Metoda descriptivă 1o5
3.4.2.- Metoda analitică 1o7
3.4.3.- Studiul epidemiologic experimental 116
3.5.- Principalele boli cronice şi accidentele de circulaţie ca probleme de sănătate a populaţiei din R.S.România 118
3.5.1.- Bolile cardio - vasculare 119
3.5.1.1.- Aspecte generale şi importanţa lor 119
3.5.1.2.- Aspecte de epidemiologie descriptivă 12o
3.5.1.3.- Aspecte de epidemiologie analitică 134
3.5.1.4.- Prevenirea bolilor cardio - vasculare şi asistenţa medicală a bolnavilor 14o
Principalele elemente ale unui program de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare pentru o colectivitate teritorială sau ocupaţională .

Scanned with OKEN Scanner

3.5.2.- Cancerul 145
3.5.2.1.- Aspecte generale şi importanţa bolii 145
3.5.2.2.- Aspecte de epidemiologie descriptivă 146
3.5.2.3.- Aspecte de epidemiologie analitică 153
3.5.2.4.- Prevenirea bolii canceroase şi asistenţă medicală a bolnavilor 156
3.5.3.- Tulburările mintale 159
3.5.3.1.- Aspecte generale şi importanţa lor 159
3.5.3.2.- Aspecte de epidemiologie descriptivă 160
3.5.3.3.- Aspecte de epidemiologie analitică 164
3.5.3.4.- Prevenirea tulburărilor mintale şi asistenţa medicală a bolnavilor 165
3.5.3.5.- Organizarea prevenirii tulburărilor mintale şi a asistenţei medicale a bolnavilor 167
3.5.4.- Traumatismele şi otrăvirile ca problemă medico - socială 170
3.5.4.1.- Aspecte generale, participarea lor la morbiditatea şi implicaţiile asupra sănătăţii colectivităţilor 170
3.5.4.2.- Accidentele de circulaţie - problemă de sănătate . . . 174
a) Importanţa lor pentru sănătate şi colectivitate . . . 174
b) Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică . . 175
c) Prevenirea accidentelor de circulaţie şi asigurarea asistenţei medicale a accidentaţilor 180
3.5.5.- Bolile pulmonare cronice 184
3.5.5.1.- Aspecte generale şi importanţa lor 184
3.5.5.2.- Pneumopatiile cronice obstructive 185
a) Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică . 185
b) Prevenirea PCO şi asistenţa medicală a bolnavilor . 187
3.5.6.- Bolile cronice locomotorii - Problemă de sănătate şi de asigurare a asistenţei medicale 189
3.5.6.1.- Aspecte generale şi importanţa lor 189
3.5.6.2.- Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică . . 190
3.5.6.3.- Prevenirea bolilor cronice ale aparatului locomotor şi asistenţa medicală a bolnavilor 194
3.5.7.- Bolile cronice digestive 197
3.5.7.1.- Aspecte generale şi importanţa lor 197
3.5.7.2.- Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică . . 197
3.5.7.3.- Prevenirea bolilor cronice digestive şi asistenţa medicală a bolnavilor 203
4.0.- Organizarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a populaţiei 204

Scanned with OKEN Scanner

4.1.- Sisteme organizatorice ale ocrotirii sănătății și ale asistenței medicale existente azi pe glob 2o4
4.2.- Organizația Mondială a Sănătății 2o6
4.3.- Principiile de bază ale ocrotirii sănătății în R.S.România 21o
4.3.1.- Caracterul de stat, planificat și unitar 211
4.3.2.- Accesibilitatea, teritorializarea și ierarhizarea asistenței medicale 213
4.3.3.- Aplicarea profilaxiei în promovarea, apărarea și refacerea sănătății și capacității de muncă 216
4.3.4.- Fundamentarea măsurilor de ocrotire a sănătății pe baze științifice 217
4.3.5.- Participarea populației la ocrotirea sănătății 218
4.4.- Sistemul organizatoric al ocrotirii sănătății populației în R.S.România 219
4.5.- Sistemul organizatoric al asistenței medicale în R.S.România 224
4.5.1.- Unitățile medico - sanitare 227
4.5.1.1.- Spitalul 227
A - Spitalul propriu zis 232
B - Dispensarul policlinic 238
C - Dispensarul medical 241
4.5.1.2.- Alte unități medico - sanitare 267
a) Centrul sanitaro-antiepidemic județean 268
b) Stația de salvare județeană 278
c) Laboratorul județean de medicină legală 269
d) Centrul județean de recoltare și conservare a sângelui 269
e) Creșa 269
f) Leagănul de copii 27o
g) Sanatoriul 27o
h) Preventoriul 271
4.5.2.- Unități pentru asigurarea populației și unităților sanitare cu medicamente, produse farmaceutice, aparatură și produse tehnico - medicale 271
4.5.3.- Instituții de cercetare științifică și de învățământ medico - farmaceutic 273
5.o.- Metode de acțiune în asigurarea și rezolvarea sănătății populației 275
5.1.- Supravegherea medicală activă de masă 275

5.1.1.- Examinările profilactice de masă 277
a) Examinarea profilactică pentru cunoaşterea stării iniţiale de sănătate 278
b) Examinarea profilactică la intrarea persoanelor într-o colectivitate organizată 278
c) Examinările profilactice periodice 280
d) Examinările profilactice speciale 284
5.1.2.- Principalele probleme din acţiunile de depistare a bolii în populaţie şi rezolvarea ler 285
5.1.2.1.- Organizarea depistării în masă ; 285
5.1.2.2.- Stabilirea metodelor şi tehnicilor pentru depistare şi diagnostic 288
5.1.2.3.- Asigurarea cadrelor, materialelor şi resurselor financiare 297
5.1.2.4.- Cooperarea populaţiei şi a conducerii colectivităţilor 298
5.1.2.5.- Rezolvarea bolnavilor şi a bolii în populaţie . 298
5.1.3.- Dispensarizarea 299
5.2.- Educaţia sanitară a populaţiei 301
5.2.1.- Introducere 301
5.2.2.- Metodele şi formele educaţiei sanitare 302
5.2.2.1.- Metodele auditive 303
5.2.2.2.- Metodele vizuale 304
5.2.2.3.- Metodele audiovizuale 304
5.2.3.- Diferenţierea acţiunilor de educaţie sanitară 305
5.2.3.1.- Educaţia sanitară a populaţiei sănătoase 305
5.2.3.2.- Educaţia sanitară a bolnavilor 309
5.2.4.- Organizarea activităţii de educaţie sanitară la dispensarul medical 309
5.2.5.- Antrenarea populaţiei în acţiunile de edicaţie sanitară 310
6.0.- Grupuri de populaţie şi problemele lor de sănătate . .
- Ocrotirea sănătăţii şi asistenţa lor medicală . . . 311
6.1.- Mama, copilul şi tineretul 311
6.1.1.- Importanţa lor pentru colectivitate şi pentru serviciile medicale 312
6.1.2.- Principalele lor probleme de sănătate şi factorii ce le condiţionează 313
6.1.3.- Principiile, legislaţia şi sistemul organizatoric în ocrotirea sănătăţii mamei, copilului şi tineretului din R.S.România 319

Scanned with OKEN Scanner

6.1.4. - Asistenţa medicală a mamei, copilului şi tineretului în R.S. România 326
6.1.5. - Principalele componente ale unui program teritorial de sănătate a mamei, copilului şi tineretului 330
6.2. - Oamenii muncii din producţia socială 332
6.2.1. - Importanţa pentru colectivitate şi pentru serviciile medicale 332
6.2.2. - Principalele probleme de sănătate şi factorii ce le condiţionează 333
6.2.3. - Organizarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a oamenilor muncii din R.S.România 335
6.2.4. - Principalele elemente ale analizei morbidităţii şi incapacităţii de muncă datorită bolii şi ale planului de măsuri tehnico-organizatoric pentru prevenirea şi reducerea acestora 340
6.3. - Populaţia vîrstnică (din a III-a vîrstă) 343
6.3.1. - Particularităţile demografice şi ale sănătăţii cu factorii ce le condiţionează 343
6.3.2. - Ocrotirea socială, asigurarea sănătăţii şi a asistenţei medicale 349
6.3.3. - Profilaxia îmbătrînirii precoce şi reducerea implicaţiilor ce le generează patologia bătrîneţii 353
6.4. - Populaţia rurală 356
6.4.1. - Situaţia ruralului pe glob 356
6.4.1.1. - Particularităţile demografice, socio-economice şi ale morbidităţii 356
6.4.1.2. - Asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale 357
6.4.2. - Mediul rural şi asigurarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale în România 363
6.4.2.1. - Particularităţile ruralului ce condiţionează sănătatea şi asigurarea asistenţei medicale a populaţiei 363
6.4.2.2. - Organizarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a populaţiei rurale 366
6.4.2.3. - Principalele elemente ale unui program de sănătate a populaţiei rurale 373
7.0. - Conducerea unităţilor şi activităţilor medicale . . . 378
7.1. - Metodele de conducere 378
7.1.1. - Planificarea sanitară 378
7.1.1.1. - Despre planificare şi plan 378
7.1.1.2. - Necesitatea şi importanţa planificării sanitare . . . 379

7.1.1.3. - Principiile folosite în planificarea sanitară 382
7.1.1.4. - Metode şi forme de planificare 383
7.1.1.5. - Etapele procesului de planificare sanitară 384
7.1.1.6. - Conţinutul planului sanitar 389
7.1.1.7. - Organizarea elaborării, aprobării şi executării planului sanitar 39o
7.1.2. - Economia sanitară 393
7.1.2.1. - Economicul şi asigurarea sănătăţii 393
- conţinutul, definiţia şi obiectul economiei sanitare 393
- utilitatea, principiile şi metodele economiei sanitare 395
7.1.2.2. - Resursele pentru asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale. Proveniența şi repartizarea lor. Macro-economia sanitară 397
7.1.2.3. - Consumul medical şi cheltuielile pentru sănătate Micro-economia sanitară 4o2
7.1.2.3.1. - Consumul medical-despre nevoia, cererea şi consumul de îngrijiri medicale 4o2
- criterii de grupare 4o4
- structura, volumul şi tendinţa CM 4o6
- caracteristicile şi particularităţile CM 411
- metode de stabilire a necesarului de îngrijiri medicale (CM) 414
7.1.2.3.2. - Cheltuielile pentru sănătate şi asistenţă medicală - Criterii de grupare, structură, volumul şi tendinţa lor 415
Costul asistenţei medicale şi componentele acestuia 42o
7.1.2.4. - Factorii ce condiţionează consumul medical şi cheltuielile pentru sănătate 425
7.1.2.5.1. - Despre efectele activităţilor medicale şi modul lor de determinare 434
7.1.2.5.2. - Eficienţa economică în sectorul sanitar. Metode de determinare 436
7.1.2.6. - Controlul CM şi cheltuielilor pentru sănătate . . . 442
7.1.2.6.1. - Căi de obţinere a eficienţei în serviciile şi activităţile medicale 442
7.1.2.6.2. - Cunoaşterea şi respectarea metodologiei elementare de lucru, a reglementărilor şi obligaţiilor de bază din domeniul financiar de către şefii serviciilor medicale.. 445
GLOSAR 452
BIBLIOGRAFIE 476

—

1.0. SANATATEA SI MORBIDITATEA POPULATIEI

- Factorii ce le condiţionează . Implicaţiile bolii .
- Tabloul şi tendinţa morbidităţii pe plan mondial şi în R.S.România. Priorităţile programelor sanitare.

1.1. Factorii ce condiţionează sănătate şi morbiditatea populaţiei

Prin funcţia sa socială medicina cuprinde azi activităţi şi responsabilităţi de la cele mai simple la cele mai grele sau complexe.

Tradiţional,medicina a avut menirea apoi obligaţia- din partea colectivităţii-să vindece bolnavii. In această perioadă ea s-a ocupat mai mult de persoane şi din acestea de cele bolnave .

Din secolul XIX, mai ales, pregresul ştiinţific şi cel tehnic general şi medical,inclusiv al cunoştinţelor despre societate-situînd omul în mediul de viaţă şi de muncă-au descifrat că fiinţa umană şi sănătatea ei sînt strins legate în principal de trei grupe de factori: de mediu,endogeni şi social-economici, ce cuprind :

a)factorii de mediu: factorii fizici(lumină,temperatură,presiune,praf, umiditate,radiaţii), factorii chimici (substanţe chimice ce le ingeră,le inhalează sau cu care pielea vine în contact),factorii biologici(microorganisme, paraziţi,microbi,virusuri),factori geografici(altitudine,forme de relief, climă);

b)factorii endogeni:sex,vîrstă,ereditate,constituţie;

c)social-ecenomici: mediul social de reşedinţă (urban,rural),nivel şi durată de instruire,profesie şi loc de muncă,traiul în comun (modul de viaţă în familie şi colectivitate), tradiţii şi obiceiuri,nivel de organizare socială, stadiu al bunăstării şi al asigurării protecţiei sănătăţii şi asistenţei medicale .

Si că aceste trei grupe de factori dinpreună cu cei demografici,comportamentali şi sanitari sînt în interrelaţie şi condiţionează sănătatea şi boala individului şi colectivităţilor umane.

De aici s-a desprins observaţia şi nevoia de a căuta cauza şi rezolvarea bolii în aceşti factori şi a înţelege că sănătatea şi boala sînt expresii, efectele acestora.

Din aceste considerente, şi nu de mult, preocupările medicinei s-au dezvoltat spre preventiv şi social, pentru a cunoaşte şi rezolva factorii cauzali sau cu risc ce condiţionează o sănătate mai bună sau producerea bolilor.

In paralel cu căutările pentru dezvoltarea şi perfecţionarea mijloacelor diagnostice şi terapeutice,medicina a început,astfel, să se preocupe nu numai de cunoaşterea şi rezolvarea bolnavului ci şi de cunoaşterea bolii în

populaţie,a frecvenţei ei şi a factorilor ce o condiţionează.Si-a extins, astfel,preocupările de la tratamentul bolnavului şi al bolii, la reducerea şi apoi la prevenirea bolii în populaţie.In acest scop ea trece de la o "luptă defensivă"- laborioasă,de durată lungă şi costisitoare, tratînd bolnav cu bolnav, - la o " luptă ofensivă" faţă de boală, ce a desfăşurat-o în colectivitate şi bazată pe profilaxie, cu succese mari în reducerea mortalităţii şi în prelungirea vieţii. Medicina ajunge, astfel, să cunoască nu numai starea de morbiditate(cu frecvenţa şi extinderea bolilor) ci şi starea de sănătate a populaţiei, cu factorii sanogeni ce o condiţionează. De aici şi modificarea conţinutului şi limitelor preocupărilor serviciilor medicale nu numai cu activităţi de refacere a sănătăţii pierdute ci şi pentru profilaxia largă a bolilor şi promovarea sănătăţii , considerînd boala ca eşec a profilaxiei .

Pentru îndeplinirea acestor obligaţii, actele medicale (îngrijirile medicale) de orice fel necesită a fi complete (curative şi preventive în acelaşi timp),iar serviciile medicale necesită să realizeze supraveghere diferenţiată a populaţiei, o depistare şi rezolvare precoce a bolii, o identificare şi neutralizare a factorilor cauzali sau cu risc de îmbolnăvire ce sînt în mediul şi modul de viaţă şi de muncă promovînd în acelaşi timp factorii ce favorizează sănătatea. De fapt, în prezent,sîntem în etapa de extindere şi de adîncire a caracterului social şi preventiv ale preocupărilor medicinei. Si aceasta deoarece sanogeneza şi morbiditatea au factori cauzali şi rezolvări în factorii de mediu, endogeni, comportamentali şi social-economici,pentru că prevenirea bolii este mai umană decît tratamentul bolii şi pentrucă aplicarea profilaxiei oferă succese mult mai mari şi necesită cheltuieli mult mai reduse din partea colectivităţii şi a familiei .

1.2. Implicaţiile morbidităţii

Preocupările conducerii colectivităţilor şi ale serviciilor medicale pentru asigurarea sănătăţii şi reducerea bolilor prin extinderea caracterului social şi preventiv al îngrijirilor medicale au motivaţii multiple care se regăsesc în următoarele dimensiuni şi implicaţii ale bolii ;

- a) umanitare,reprezentate de suferinţele umane şi de pierderile de vieţi omeneşti ;
- b) familiale, ce constau în alterarea climatului familial,discompletarea familiei şi în cheltuielile financiare pentru refacerea sănătăţii ;
- c) psihologice , reprezentate de alterarea afectivă a persoanei, a familiei şi a grupului din care face parte bolnavul proporţional cu durata, gravitatea şi consecinţele bolii;
- d) sociale,reprezentate de absenteismul din familie şi de la şcoală sau de prelungirea duratei de şcolarizare, de lipsa din producţia

socială pe durata incapacităţii datorită bolii, de invaliditate sau deces prematur, de absenţa bolnavului din activitatea social-obştească;

e) economice, reprezentate de cheltuielile pentru îngrijirea bolii, pentru refacerea sănătăţii şi capacităţii de muncă suportate din bugetul de stat şi al familiei, reprezentate de contravaloarea producţiei nerealizate în perioada absenţei din producţia socială, de cheltuielile din bugetul asigurărilor sociale pentru ajutoarele materiale de incapacitate temporară şi pentru pensiile de invaliditate datorită bolii şi traumatismului .

In ţara noastră, din bugetul statului, cheltuielile directe anuale pentru asistenţa medicală depăşesc 16 miliarde lei, din care ceva mai mult de jumătate sînt reprezentate de retribuţia personalului.La acestea se adaugă alte grupe de cheltuieli, mai mari ca cele anterioare,care completează efortul financiar al colectivităţii în refacerea sănătăţii şi în prevenirea îmbolnăvirilor şi anume :

- cheltuielile din fondurile asigurărilor sociale de stat pentru: incapacitate temporară şi invaliditate datorită bolii şi traumatismului plus pentru maternitate şi îngrijire a copilului bolnav la femeile ocupate în producţia socială, pentru protejarea handicapaţilor etc.;

- cheltuielile pentru întreţinerea şi dezvoltarea staţiunilor balneoclimatice,a sportului şi turismului de masă ce contribuie la menţinerea şi refacerea sănătăţii ;

- cheltuieli din bugetele sectoarelor social-economice pentru: asigurarea apei potabile şi îndepărtarea nenocivă a reziduiilor,construcţia de locuinţe şi locuri de muncă sănătoase,pentru protecţia muncii,pentru alimentaţie şi îmbrăcăminte fără implicaţii asupra sănătăţii,pentru întreţinerea spaţiilor verzi,sistematizarea centrelor populate,combaterea poluării ş.a. care în efortul lor financiar o parte vizează inclusiv apărarea şi menţinerea sănătăţii .

La aceste coordonate ale sănătăţii şi bolii este important să reţinem că în obţinerea progresului social-economic al colectivităţii toţi factorii (mijloace de producţie,tehnicitate,productivitate etc) îşi au rolul lor bine definit, dar forţa de muncă şi sănătatea ei, şi a întregii colectivităţi, reprezintă componenta cea mai valoroasă şi cea mai dinamică. Fără o colectivitate sănătoasă nu se poate obţine o producţie materială cantitativ şi calitativ mereu superioară şi fără aceasta, desigur nu e posibil un progres general continuu, şi ca urmare-obţinerea unei sănătăţi mai bune a populaţiei. Sau altfel spus : sănătatea colectivităţilor asigură dar şi măsoară rezultatele activităţilor social-economice şi ale progresului. Iată, aşa dar, condiţionarea reciprocă dintre factorii social-economici, sănătate şi bunăstarea colectivităţii .

Scanned with OKEN Scanner

Această legătură organică,unanim acceptată,este astăzi din ce în ce mai mult studiată şi sub unghiul" costului sănătăţii şi bolii" şi al avantajului lor pentru colectivitate, cu scopul de a găsi soluţii optimale din punct de vedere medical,social şi ecenomic.Căile ce duc la soluţii optimale, pe care încă nu s-au înscris toate eforturile de aplicare şi rezolvare, sînt reprezentate de profilaxie şi calculul raţional de priorităţi,ceea ce presupune alegerea şi ordonarea după consecinţele produse a principalelor probleme ale sănătăţii în limitele resurselor (umane,materiale şi financiare) de care dispune societatea în fiecare etapă .

De curînd preocupările şi activităţile serviciilor medicale şi de sănătate s-au extins şi pentru o participare mai însemnată a ler în ameliorarea calităţii vieţii colectivităţiler, sănătatea fiind unul din componentele şi parametrii principali ai acesteia .

Deocamdată, nici unul din aceste concepte:"<u>sănătatea</u>" şi"<u>calitatea vieţii</u>" colectivităţilor nu au încă limite bine definite şi e unanimă acceptare a definiţiilor lor.

După OMS [x)] " <u>Sănătatea constă într-o completă stare de bine din punct de vedere fizic, mintal şi social şi ea nu se reduce numai la absenţa bolii sau infirmităţii</u>" . Deci, starea de sănătate este bună cînd din punct de vedere :

- fizic - persoana se simte bine,munceşte,se hrăneşte şi se odihneşte bine,îşi desfăşoară bine activităţile în familie şi în colectivitate ;
- mintal - persoana nu are nici deprimări sau nenorociri şi nici prea mari fericiri subiective ;
- social - persoana are o bună stare, se integrează în familie şi în colectivitate, în activitatea profesională şi socială .

Iar, starea de sănătate este deplină cînd la "starea completă de bine" nu ar mai fi nimic de adăugat .

Prin definiţia mai sus citată,sănătatea-individului şi colectivităţii-trebuie înţeleasă nu ca antonimul bolii ci ca o sănătate globală şi, ca urmare, asigurarea ei angajează anticipat deopotrivă individul şi colectivitatea .

<u>Calitatea vieţii</u> cuprinde <u>toate elementele de bunăstare materială,spirituală şi socială,de confort şi de sănătate ce privesc omul, mediul şi modul de viaţă ca expresii ale stadiului şi progresului general al colectivităţii.</u>

In cadrul activităţiler curente, din viaţa de toate zilele , sănătatea, - în mod obişnuit - este uitată şi prezenţa ei nu înseamnă mare lucru, dar fără ea din calitatea vieţii nu rămîne nimic. De unde, din nefericire, o preţuire mai mare a sănătăţii cînd ea nu mai există .

Fiecare din ele, sănătatea şi calitatea vieţii,se pot aprecia cu relativitate-ca nivele şi evoluţie-necesitînd o multitudine de parametri şi indicateri,pentru că în existenţa ler concură foarte mulţi factori, Dar,

cea mai simplă apreciere a nivelului de sănătate şi eficacităţii acţiunilor medico-sociale ar fi clasica evaluare a lipsei de sănătate exprimată prin cei 6 D: death, disease, disability, disconfort, disatisfaction, social disruption (deces, boală, incapacitate, disconfort, insatisfacţie, destrămare socială) - WH/HS/NAT.COM/78.359.

Sănătatea colectivităţilor umane trebuie aşa dar considerată ca un efect al „sănătăţii globale": a mediului, a activităţilor social-economice, a modului de viaţă, a comportamentului faţă de sănătatea proprie şi a grupului din care omul face parte. In efortul general al colectivităţilor, activităţile de a o menţine şi de a o promova constituie un subsistem al sănătăţii globale, o componentă a nivelului bunăstării, un rezultat al dezvoltării socio-economice caracteristic fiecărui sistem de orînduire socială, existent istoric şi existent azi pe glob. Tendinţa în toate teritoriile globului este de ameliorare continuă a sănătăţii şi calităţii vieţii, obiective principale ale politicii social-economice şi sanitare mai ales în ţările socialiste.

1.3. - <u>Tabloul şi tendinţa morbidităţii pe plan mondial şi în R.S. România. Priorităţile programelor sanitare</u>

Tabloul morbidităţii populaţiei globului şi al factorilor ce o condiţionează conţine un mozaic de nivele şi de aspecte ale acestora. Principalele aspecte socio-economice actuale şi pentru următoarele 4-5 decenii, cu variate consecinţe asupra sănătăţii, pot fi schematizate în :

a) Dezvoltarea şi modernizarea industriei (mecanizare, automatizare), extinderea industrializprii agriculturii (mecanizare, chimizare, irigare);

b) Continuarea colectivizării populaţiei în centre dense urbane, în centre rurale cu mod orăşenesc de viaţă, în unităţi preşcolare-şcolare şi ocupaţionale;

c) Intensificarea circulaţiei rutiere, aeriene şi navale;

d) Persistenţa poluării cu agenţi fizici, mai ales a celei chimice şi mai puţin a celei biologice;

e) Creşterea nivelului şi duratei de instruire, a cantităţii şi vitezei informaţiilor;

f) Creşterea mobilităţii teritoriale şi ocupaţionale a populaţiei;

g) Modificarea alimentaţiei şi dezvoltarea colectivizării ei;

h) Micşorarea dimensiunii familiei, scăderea cu o rată mai mare a mortalităţii decît a natalităţii, cu reducerea ratei de creştere a numărului de locuitori şi creşterea ponderii vîrstnicilor în structura demografică şi cu creşterea duratei medii a vieţii;

i) Reducerea importantă a incidenţei bolilor transmisibile, creşterea frecvenţei accidentelor şi a prevalenţei bolilor cronice;

j) Creşterea conştiinţei pentru sănătate, a participării populaţiei

la apărarea şi refacerea propriei sănătăţi ;

k) Creşterea consumului medical şi farmaceutic, a costului asistenţei medicale şi a cheltuielilor sanitare din bugetul colectivităţii şi al familiei ;

l) Subordonarea acţiunilor de sănătate argumentelor economice cu creşterea finanţării cheltuielilor sanitare din bugetul statului ;

m) Din raţiuni umanitare şi economice va creşte interesul general pentru sanogeneză şi pentru factorii ce o condiţionează (de mediu, social-economici şi comportamentali), pentru rentabilizarea profilaxiei primare (prin neutralizarea factorilor comuni mai multor boli), pentru asistenţa medicală ambulatorie şi dezvoltarea îngrijirilor primare de sănătate şi pentru o mai completă integrare a activităţilor medicale în social şi preventiv ;

n) Dezvoltarea cooperării intersectoriale pe plan naţional şi a cooperării internaţionale pentru rezolvarea principalelor probleme teritoriale de sănătate ;

o) Creşterea importanţei planificării, economiei şi evaluării sanitare în conducerea serviciilor şi programelor sanitare .

In cadrul acestei situaţii globale există o mare varietate teritorială a tabloului programelor de sănătate, aceasta variind cu gradul de dezvoltare socio-economică, cu sistemul socio-politic ce dirijează eforturile colectivităţii pentru bunăstare şi cu resursele financiare, tehnice şi medicale de care dispune fiecare teritoriu .

Astfel, <u>în regiunile dezvoltate economic</u>, practic în zona nordică a globului - ce cuprinde aproximativ 1/3 din populaţia mondială - principalele aspecte demografice şi socio-economice sînt :

- nivel ridicat de industrializare şi de urbanizare, centre populate mari şi cu densitate ridicată ;
- condiţii de viaţă bune sau superioare ;
- natalitatea,mortalitatea generală şi infantilă cu nivele mici ;
- rata anuală a creşterii populaţiei este redusă (sub 1%) ;
- în structura pe vîrste, populaţia sub 15 ani are o pondere mai redusă iar populaţia peste 6o ani are o pondere mai mare ca în ţările în curs de dezvoltare ;
- durata medie de viaţă (speranţa vieţii la naştere) are nivele mari (între 7o şi 8o ani) ;

In aceste teritorii principalele preblame de morbiditate sînt :

- bolile cardio - vasculare ;
- cancerele ;
- traumatisme, accidente, intoxicaţii de orice cauză ;
- tulburări mintale ;
- caria dentară şi paredontopatiile ;

- bolile venerice ş.a.

In general, unele din acestea sînt boli ale abundenţei şi/sau a unui mod neraţional de viaţă şi de alimentaţie, ce dau un mare consum medical (consultaţii, tratamente, spitalizări) şi mari cheltuieli pentru refacerea sănătăţii .

In regiunile în curs de dezvoltare, cu aproximativ 2/3 din populaţia globului, principalele aspecte demografice şi social-economice sînt reprezentate de :

- industrializare şi urbanizare redusă, cu tendinţă de dezvoltare ;
- condiţii modeste de viaţă pentru majoritatea colectivităţilor ;
- pondere mare a populaţiei ocupată în agricultură şi aproximativ 7o% au reşedinţa în mediul rural , cu centre populate dispersate în teritoriu ;
- natalitatea şi mortalitatea generală au nivele mari şi tendinţă de scădere ;
- mortalitatea materno-infantilă cu nivele foarte ridicate şi cauzalitate multiplă ;
- rata anuală de creştere a populaţiei este mare (aproximativ 2 %) ;
- ponderea populaţiei sub 15 ani este mare iar a vîrstnicilor peste 6o ani este redusă ;
- durata medie de viaţă este redusă (4o-5o ani) ;
- consum medical şi cheltuieli pentru sănătate sînt mici şi slabă asigurare cu servicii medicale (primare şi de specialitate) .

Lista bolilor cu prevalenţă, răspîndire şi gravitate ridicată este mare. In aceste teritorii priorităţile în tabloul morbidităţii sînt :

1. Bolile infecto-parazitare, din care :

a) un prim subgrup, mai ales din zonele tropicale, afro-asiatice îl reprezintă şase boli cu răspîndire şi implicaţii mari dar cu măsuri comune de profilaxie, şi anume :

- malaria, cu loo milioane de cazuri, 8oo mii decese pe an (din care 3/4 sub vîrsta de 5 ani) ;
- bilharţioza ;
- filarioza .

Fiecare din primele trei boli afectează cîte 2oo milioane persoane .

- tripanosomiaza ;
- lepra, cu aproximativ 17 milioane de bolnavi ;
- leişmanioza .

Aceste şase boli fac parte din planul prioritar de cercetare şi combatere al OMS şi al birourilor sale regionale .

b) Un al doilea subgrup de boli infecto-parazitare cuprinde : tuberculoza, oncocercoza , trahomul, rugeola (mai ales la vîrstele 6-36 luni de viaţă), meningita cu etiologie variată, infecţiile intestinale (febrele tifo-

Scanned with OKEN Scanner

ide, boala diareică, holera etc.), rickettsiozele, febra galbenă ş.a. boli microbiene .

Dintre parazitozele intestinale, şase sînt mai importante prin prevalenţă, complicaţii şi mortalitate, prin răspîndire teritorială şi afectarea mai ales a copiilor şi tineretului din aceste zone : x)

- ascaridoza, cu 1 milion infestaţi şi 2o mii decese/an ;
- tricocefaloza, cu 5oo milioane infestaţi ;
- anchilostomiaza, cu 9oo milioane infestaţi şi 6o mii decese/an ;
- teniaza, cu 5o milioane infestaţi şi 5o mii decese/an ;
- amoebiaza, cu 4oo mii infestaţi şi 3o mii decese/an ;
- giardioza, cu 2oo mii infestaţi .

2. Malnutriţia proteino-calorică (subnutriţia) şi alte carenţe nutriţionale, care măresc gravitatea îmbolnăvirilor ;

3. Mortalitatea materno-infantilă, mai ales cu efecte ale bolilor infecto-parazitare şi subnutriţiei .

5. Bolile cronice (cardio-vasculare, tumori, tulburări mintale etc), accidentele şi caria dentară ocupă un loc secundar atît ca nivele de răspîndire cît şi ca implicaţii social - economice .

Morbiditatea populaţiilor din aceste teritorii poate fi caracterizată printr-un tablou variat şi dominat de boli infecto-parazitare a căror prevalenţă multiplă pentru o persoană este regula, începînd din primii ani de viaţă .

Aşa dar, într-o mică parte din omenirea globului, morbiditatea - şi în ultim efect - mortalitatea sînt dominate de boli cronice, consecinţe tardive ale bolilor acute, traumatismelor şi intoxicaţiilor sau efecte ale acţiunii unor factori de mediu cu acţiune în doze mici, dar continui şi de lungă durată. Într-o altă parte a omenirii - mai mare ca prima - morbiditatea şi mortalitatea au pe primul plan bolile infecto-parazitare şi subnutriţia, infirmităţi şi handicapaţi şi generatoare de nivele mari ale mortalităţii cu durată scurtă a vieţii prin deces prematur cît şi de bolnavi cronici, în situaţii de depistare tardivă şi de tratament insuficient a cazurilor .

Prevenirea şi reducerea bolilor cronice din teritoriile dezvoltate economic sînt mai greu de rezolvat decît bolile infecto-parazitare din teritoriile în curs de dezvoltare pentrucă sînt favorizate de alterarea factorilor de mediu şi de comportamente dăunătoare sănătăţii acceptate şi practicate cu uşurinţă de către populaţie. In scopul rezolvării lor este necesară o schimbare a opticii şi tacticii de intervenţie : prioritar, metodele clasice de prevenire a bolii să aibă la bază raţionamentul ecologic şi un nou concept epidemiologic conjugate cu eforturile întregii colectivităţi, iar în auxiliar să se asigure refacerea sănătăţii la bolnavii rămaşi nerezolvaţi .

x) Santé du Monde - mai 1984, pag.16

Decalaj între aceste zone teritoriale există nu numai în nivelul şi structura morbidităţii şi ale mortalităţii ci şi în asigurarea resurselor umane, materiale şi financiare pentru asigurarea sănătăţii populaţiei şi anume :

	regiuni dezv. economic	regiuni în curs de dezv.
- nr.locuitori/1 medic	3-4oo	7o-8o.ooo
- paturi de asist.med.(la 1ooo loc.)	12- 14	2 - 3
- cheltuieli directe pt.asist. medicală ($ USA/loc/an)	24o	2 - 4

Varietatea în starea de sănătate a populaţiei şi în posibilităţile de reducere a morbidităţii din diferitele teritorii ale globului exprimă marele decalaj economic şi social existent, dintre ţările în curs de dezvoltare şi cele dezvoltate economic. Ele reflectă lipsa de echitate pentru populaţiile din ţările în curs de dezvoltare la un drept elementar al sănătăţii , bunăstării şi calităţii vieţii. Argumentează totodată , condiţionarea existenţei şi modului de rezolvare a sănătăţii şi bolii de factorii social economici. O nouă ordine economică internaţională, cu participarea efortului tuturor la rezolvarea inechităţilor pentru dreptul la sănătate este nu numai o datorie umanitară ci şi o condiţie de convieţuire fără ameninţarea de boli pentru toate teritoriile globului .

Progrese mai mari şi mai rapide în sănătatea populaţiei globului şi o mai mare contribuţie a acesteia la dezvoltarea economică a colectivităţilor se pot obţine prin adaptarea şi aplicarea următoarelor <u>principii de ocrotire a sănătăţii populaţiei valabile în orice teritoriu</u> :

a) grija pentru sănătatea populaţiei să fie o sarcină a societăţii, a statului, iar realizarea ei să se facă prin integrarea planurilor sanitare în planurile şi programele de dezvoltare social-economică ;

b) acţiunile şi activităţile de ameliorare a sănătăţii să aibă la bază profilaxia care să vizeze asigurarea permanentă a unui mediu şi mod de viaţă sănătos şi integrarea atitudinei preventive în orice act medical ;

c) îngrijirile elementare de sănătate să fie prioritar accesibile întregii populaţii ;

d) cadrele medico-sanitare să fie formate pentru nevoile de sănătate şi condiţiile social-economice ale populaţiei ;

e) cuceririle ştiinţei şi tehnicii să stea la baza tuturor măsurilor ce se iau de serviciile de sănătate ;

f) orice activitate şi acţiune de sănătate în colectivitate să aibă cooperarea avizată şi activă a populaţiei şi o conduită economică din partea serviciilor medicale .

Aşa cum vom vedea, în unul din capitolele următoare, aceste principii ale organizării ocrotirii sănătăţii populaţiei utile pe plan mondial le vom regăsi în principiile de ocrotire a sănătăţii în ţara noastră şi în ce-

Scanned with OKEN Scanner

lelalte ţări socialiste .

In R.S.România , principalele probleme de sănătate ale populaţiei şi prioritătile programului sanitar din etapa actuală sînt următoarele :

1. Morbiditatea şi mortalitatea maternă şi infantilă, ce au ca principale cauze medico-sociale :

- frecvenţa ridicată şi în creştere a avorturilor provocate, cu consecinţe multiple pentru sănătatea femeii şi cu o pondere importantă (8o %) în mortalitatea maternă ;

- greşeli în alimentaţie şi în îngrijirea sugarului, mai ales între a II şi a V-a lună de viaţă a acestuia .

Acest grup de acţiuni sînt de prioritate absolută pentru că dau mari implicaţii familiale şi social-economice,reduc cel mai mult durata medie a vieţii şi, pentru că nivelele lor mari nu sînt concordante cu stadiul de dezvoltare social-economică a ţării şi nici cu nivelele aceloraşi fenomene din ţările socialiste vecine .

2. Boli transmisibile ce au încă nivele ridicate sau se pot extinde în populaţie :

- hepatita virală ;
- boala diareică acută de etiologie mai ales microbiană ;
- infecţiile intraspitaliceşti ;
- virozele respiratorii ;
- bolile venerice ş.a.

La acestea se adaugă ameninţarea unor boli tropicale .

3. Caria dentară şi parodontopatiile, importante prin frecvenţa lor ridicată în populaţie şi prin consecinţele lor multiple,imediate şi tardive.

4. Accidentele şi intoxicaţiile de orice localizare şi etiologie.Ele sînt importante prin gravitatea şi tendinţa lor de creştere, prin mortalitate şi prin invalizii şi sechelele ce le generează .

5. Bolile cronice (de lungă durată) : cardio-vasculare,tumori,tulburări mintale, digestive,locomotorii, pulmonare ş.a. Ele sînt importante prin:

- tendinţa de creştere şi de "întinerire" a prevalenţei în populaţie;
- durata mare a bolii ;
- ponderea mare şi în creştere a consumului medical şi a cheltuielilor în bugetul naţional şi familial pentru întreţinerea sănătăţii ;
- participarea însemnată la micşorarea duratei medii a vieţii (fără boli cardiovasculare,tumori şi boli cronice pulmonare ar exista în ţara noastră o durată medie a vieţii mai mare cu zece ani) .

Avînd în vedere principalii parametri ai dezvoltării social-economice, caracteristicile actualei morbidităţi şi comportamentul populaţiei faţă de sănătate, pentru deceniile imediate se pot aprecia următoarele tendinţe ale sănătăţii populaţiei şi ale organizării serviciilor medicale din ţara noastră:

1. Creşterea mai lentă a duratei medii a vieţii şi a dezvoltării fizice a copiilor şi tineretului decît în ultimul sfert de secol ;

2. Limitarea dimensiunii familiei la 2-3 copii şi creşterea ponderii vîrstnicilor în populaţie ;

3. Creşterea urbanizării populaţiei - ca mediu şi mod de viaţă - prin concentrarea populaţiei în centre industrializate şi industrial agrare ;

4. Creşterea ponderii populaţiei active ocupată în sectorul secundar şi terţiar al economiei şi a ocupării femeii în activitatea socio-economică; dezvoltarea automatizării şi mecanizării proceselor de muncă ; creşterea numărului şi cantităţilor substanţelor chimice în industrie, agricultură şi în alimentaţie; reducerea poluării biologice a mediului ;

5. Creşterea mobilităţii teritoriale şi ocupaţionale a populaţiei;

6. Creşterea nevoilor de adaptare a omului la exigenţele schimbării condiţiilor şi modului de viaţă şi de muncă şi, ca urmare, a nevoilor de cunoaştere prin cercetări fundamentale a tulburărilor intime din organismul uman cu organizarea adecvată a depistării şi rezolvării precoce a bolilor ;

7. Creşterea numărului sau agresivităţii factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire din mediul şi modul de viaţă şi de muncă în situaţii de neaplicare a profilaxiei primare ;

8. Reducerea frecvenţei bolilor infecto-parazitare ;

Creşterea frecvenţei şi ponderii în morbiditatea populaţiei a bolilor cronice (cardio - vasculare, cancerelor , tulburărilor psihice limită cu normalitatea, digestive şi de nutriţie , locomotorii), a urgenţelor medico-chirurgicale , cît şi menţinerea frecvenţelor ridicate a cariei dentare. Acestea vor duce la creşterea consumului medical, a consumului de medicamente şi a cheltuielilor pentru refacerea sănătăţii şi a capacităţii de muncă ;

9. Dezvoltarea cuprinderii copiilor şi tinerilor în instrucţia preşcolară, şcolară şi universitară cu includerea, în acestea , a instrucţiei sanitare . Acestea vor determina creşterea exigenţei pentru sănătate - individuală şi colectivă - şi vor produce creşterea ponderii acţiunilor preventive (de evitare a bolilor şi de prezentare precoce la serviciile medicale ;

10. Dezvoltarea preocupărilor conducerilor colectivităţilor pentru reducerea bolilor şi a implicaţiilor acestora în populaţie prin acţiuni de largă profilaxie integrate în programele teritoriale de dezvoltare şi în activitate socio-economică ;

11. Dezvoltarea în continuare a integrării în social şi în preventiv a serviciilor şi îngrijirilor medicale cu creşterea ponderii activităţii medicale în familii şi colectivităţi (teritoriale, şcolare şi ocupaţionale) pentru prevenirea şi rezolvarea bolilor în populaţie ;

12. Adaptarea continuă a formării cadrelor medicale şi creşterea rezol-

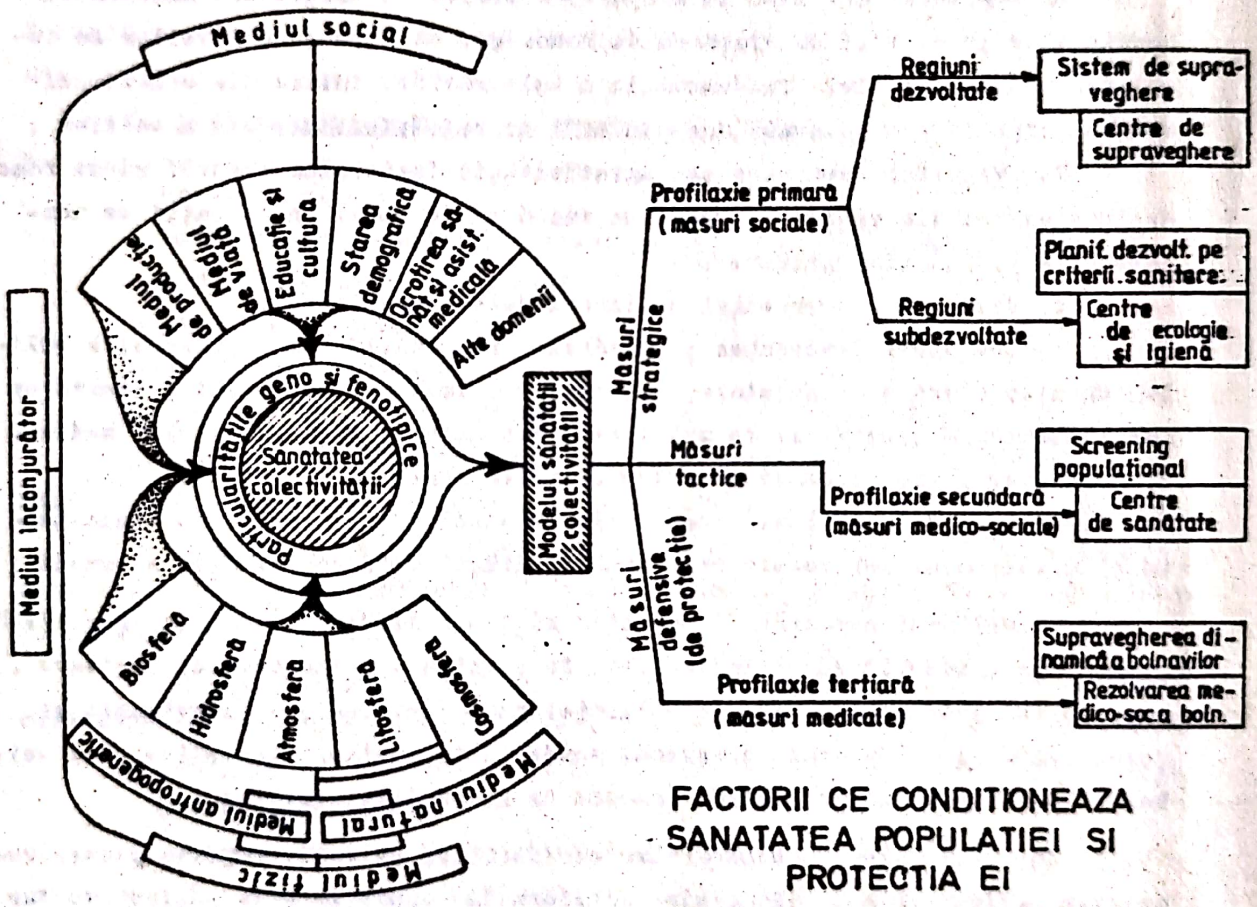
Continuare la p. 57.

vării nevoilor de sănătate ale populației prin : creșterea eficienței programelor sanitare (prin dezvoltarea componentei lor preventive și prin creșterea calității îngrijirilor medicale) , reducerea dispersiei resurselor pentru asistența medicală și continua adaptare și armonizare a sistemului teritorial de sănătate .

Creșterea bunăstării materiale și spirituale și a randamentului sistemului sanitar vor asigura o continuă ameliorare a sănătății cu o mai mare contribuție a acesteia la dezvoltarea economică, a progresului general și la creșterea calității vieții .

x

x x



FACTORII CE CONDITIONEAZA SANATATEA POPULATIEI SI PROTECTIA EI

Rev. Santé Publique - 984, 2, 125 - 140

x

x x

Obiectul MEDICINEI SOCIALE (Sănătăţii Publice) îl constituie tocmai studiul stării de sănătate şi de morbiditate a colectivităţilor şi a factorilor ce le condiţionează pentru elaborarea de măsuri care să ducă la promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii populaţiei prin efortul organizat al colectivităţii . Prin metodele şi tehnicile de lucru ce le foloseşte se preocupă de eficienţa serviciilor medicale şi de sănătate şi de căutarea de soluţii optimale - tehnice - şi economice - pentru elaborarea , aplicarea şi evaluarea programelor de sănătate a colectivităţilor .

Pentru a putea aprecia starea de sănătate şi factorii ce o condiţionează, pentru a elabora şi evalua soluţii optimale de rezolvare în diferite situaţii socio - economice şi de resurse este necesară stăpînirea teoretică şi practică a principalelor elemente privind :

- metodele şi tehnicile statisticii sanitare ;
- principalele stări şi fenomene demografice ce intră în legătură cu sănătatea colectivităţiler şi cu organizarea serviciilor medicale ;
- metodele şi tehnicile de apreciere a formelor de expresie ale sănătăţii şi morbidităţii şi ale asociaţiei cauzale dintre factori de risc şi boală cronică ;
- metodologia de elaborare , aplicare şi evaluare a programelor de sănătate destinate bolilor cu frecvenţă ridicată şi cu implicaţii socio - economice cît şi grupurilor de populaţie ce au risc crescut de îmbolnăvire ;
- sistemul organizatoric al ocrotirii sănătăţii şi al asistenţei medicale din ţara noastră şi din alte zone geografice ale globului, O.M.S. ;

- Metodele de acţiune în asigurarea şi rezolvarea sănătăţii populaţiei (supravegherea medicală activă de masă cu validarea tehnicilor de depistare în masă a bolii ; educaţia pentru sănătate) ;

- Conducerea unităţilor şi activităţilor medicale (metode de conducere : planificarea şi economia sanitară şi elemente de conducere ştiinţifică).

Acestea sînt şi principalele capitole ce le conţin paginile care urmează .

Scanned with OKEN Scanner

2.c. Principalele stări şi fenomene demografice. Implicaţiile lor asupra stării de sănătate a populaţiei şi asupra organizării servi - ciilor medicale.

2.1. Principalele stări demografice

Colectivităţile umane (teritoriale, şcolare şi ocupaţionale) diferă între ele - la un moment dat şi în timp - ca număr şi ca structură (pe teritorii, medii de reşedinţă, sexe, vîrste, nivele de instruire, ocupaţii etc) cît şi ca fenomene demografice ce produc permanent schimbări cantitative şi calitative în numărul şi structura acestora .

In cunoaşterea acestora folosim principalele elemente ale demografiei, care are ca obiect studiul cantitativ şi calitativ al colectivităţilor umane, a stării şi variaţiilor acestora, cu cauzele ce le produc. Ca urmare acest studiu conţine două părţi :

a) Studiul stării populaţiei la un moment dat, cuprinde numărul şi structura populaţiei după diferitele sale caracteristici. Acestea se pot cunoaşte cu exactitate, cu ajutorul recensămîntului şi cu aproximaţie, prin tehnici de calcul ce estimează numărul locuitorilor pe baza datelor oferite de recensăminte ;

b) Studiul schimbărilor în numărul şi structura populaţiei se bazează pe înregistrarea curentă la starea civilă a evenimentelor demografice . x)

Metodele statisticii demografice se folosesc nu numai la marile ansambluri umane teritoriale ci şi la colectivităţile şcolare, ocupaţionale, de vîrstă etc care-şi schimbă în timp, numărul şi structura populaţiei datorită vîrstei şi intrări-ieşirilor din acea colectivitate .

Recensămîntul populaţiei ca o înregistrare totală a populaţiei pe diferitele ei caracteristici constituie o lucrare costisitoare şi laborioasă, de aceea se repetă la intervale mari şi relativ fixe de ani (la ani) xx)

---

x) Evenimentul demografic este unitatea statistică în demografie şi reprezintă cazul de născut viu, născut mort, deces, căsătorie sau cazul care şi-a schimbat mediul de reşedinţă, locul de muncă etc. Suma evenimentelor demografice de acelaş fel dintr-o perioadă de timp (pentru un an, în mod curent) raportată la populaţia teritoriului reprezintă fenomenul demografic (corespunzător evenimentelor demografice: natalitate, mortinatalitate, mortalitate, nupţialitate etc).

xx) In R.S.România au fost pînă în prezent zece recensăminte ale populaţiei (în 14o ani); I-1838; II-dec.1859-martie 186o; III -dec.1899 ; IV - 19 dec.1912 ; V - 29 dec.193o ; VI - 6 aprilie 1941 ; VII -25 ian. 1941 ; VIII - 21 febr. 1956 ; IX - 15 martie 1966 ; X - 5 ian. 1977 .

Datele oferite de recensăminte, privind numărul şi structura populaţiei (date certe) şi cele obţinute pe baza acestora pentru perioadele dintre două recensăminte sau după ultimul recensământ (date calculate) servesc pentru calcularea numărului de locuitori la începutul anului (1 ianuarie) şi la mijlocul anului (1 iulie - populaţia mediană) pentru colectivităţile administrativ-teritoriale (comună, oraş, judeţ). Rezultatele recensământului populaţiei oferă posibilitatea cunoaşterii structurilor social - economice a colectivităţilor şi pentru elaborarea planurilor şi programelor de dezvoltare social-economică, de scurt şi lung termen (anuale, cincinale, decenale). Pentru serviciile medicale şi de sănătate teritoriale ale asigură datele de referinţă pentru elaborarea planurilor de activitate sanitară (de vaccinări, depistări clinice şi cu laboratorul), a bugetelor sanitare, de normare şi planificare a cadrelor, pentru dimensionarea capacităţii unităţilor sanitare, pentru calcularea indicatorilor demografici şi de morbiditate etc.

2.1.1. Evoluţia numărului de locuitori şi repartiţia teritorială a populaţiei pe glob, în Europa şi în R.S.România

In evoluţia numărului de locuitori ai globului se pot distinge 3 perioade (tabel 1 şi fig.nr.1) :

- o creştere lentă pînă în secolul 17 ;
- o creştere moderată în secolele 17 şi 18 ;
- o rată mare anuală de creştere în secolele 19 şi 2o cu estimaţii să ajungă în anul 2ooo la 6,5 - 7,4 miliarde loc., iar pentru anul 21oo (după variantele minime şi maxime) la 8,4 - 15,8 miliarde loc.

Tabel nr.1 - Evoluţia numărului de locuitori pe glob

Anul	mil.loc.	Anul	mil.loc.
anul 1 e.n.	- 1oo	192o	- 1.79o
1ooo	- 275	194o	- 2.252
12oo	- 348	196o	- 3.oo8
14oo	- 373	198o	- 4.475
16oo	- 486	199o	- 5.438
18oo	- 9o6	2ooo	- 6,5-7,4 miliarde
19oo	-16o8	21oo	- 8,4-15,8 "

Sursa : Ann.Dem.ONU

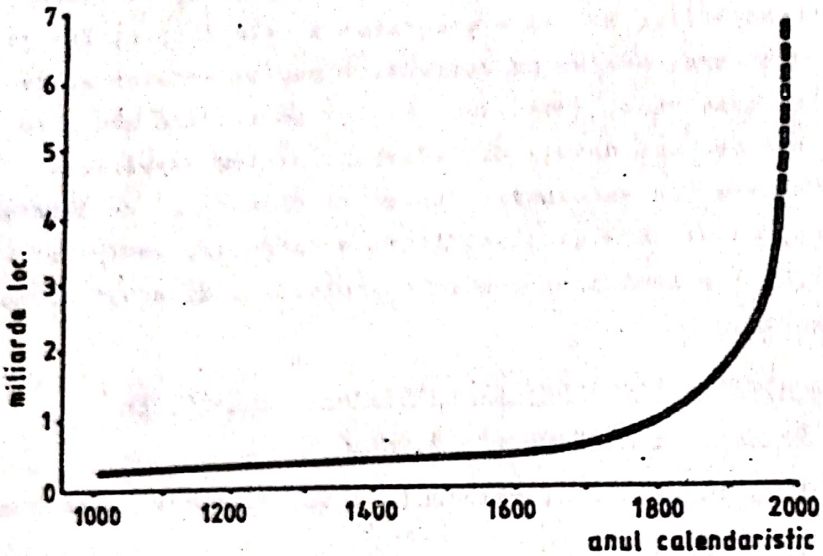
Sau sub o altă formă de exprimare, populaţia globului a ajuns la primul miliard în 185o .

- după 8o ani (193o) a ajuns la al II-lea miliard
- după 3o ani (196o) a ajuns la al III-lea miliard

Scanned with OKEN Scanner

- după 15 ani (1975) a ajuns la al IV-lea miliard
- după 8 ani (1983) ajunge la al V-lea miliard

Fig. nr. 1 - CRESTEREA POPULATIEI MONDIALE IN PERIOADA ANILOR 1000 - 2000



Sursa: Ann. Dem. ONU

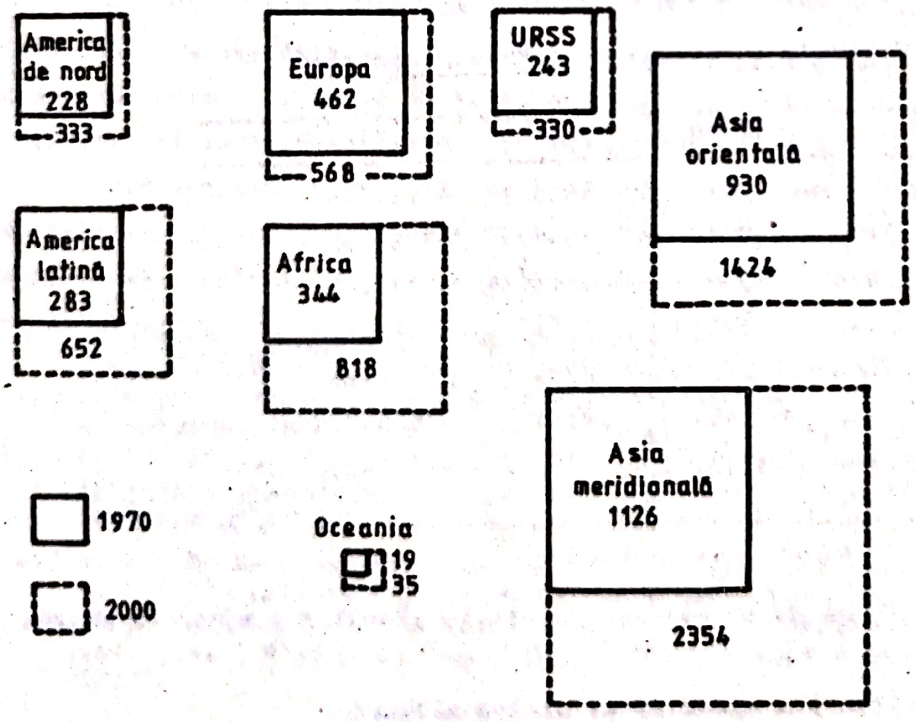
Tabel nr.2. Populaţia pe mari regiuni de pe glob (1975)

Total glob ...3.967 mil.loc.

Asia	2.256
Europa	473
Africa	401
America lat...	324
U.R.S.S.	255
America de Nord	237
Oceania	21

Se apreciază că în viitor rata de creştere a populaţiei se va reduce mai ales în teritoriile cu nivele mari ale natalităţii. Pe marile zone ale globului (teritorii ONU) numă - rul locuitorilor (1975) are variaţii mari, între 21 milioane în Oceania şi 2.256 milioane în Asia, marile arii teritoriale neavînd şi numărul mare de locuitori (tabel 2), iar creşterea populaţiei în perioada anilor 197o-2ooo se estimează a fi mai mare în zonele în curs de dezvoltare economică: Asia meridională, Africa şi mai ales în America Latină. (fig. nr. 2 a şi 2 b).

Fig. 2a - POPULATIA PRINCIPALELOR ZONE ALE GLOBULUI - milioane loc. în 1970 şi 2000



Numărul locuitorilor are şi în continentul European mari variaţii pe ţări, între 2,5 mil. (R.P. Albania) şi

255 milioane în U.R.S.S. (1975), ţara noastră ocupînd locul 9 după numărul actual de locuitori .

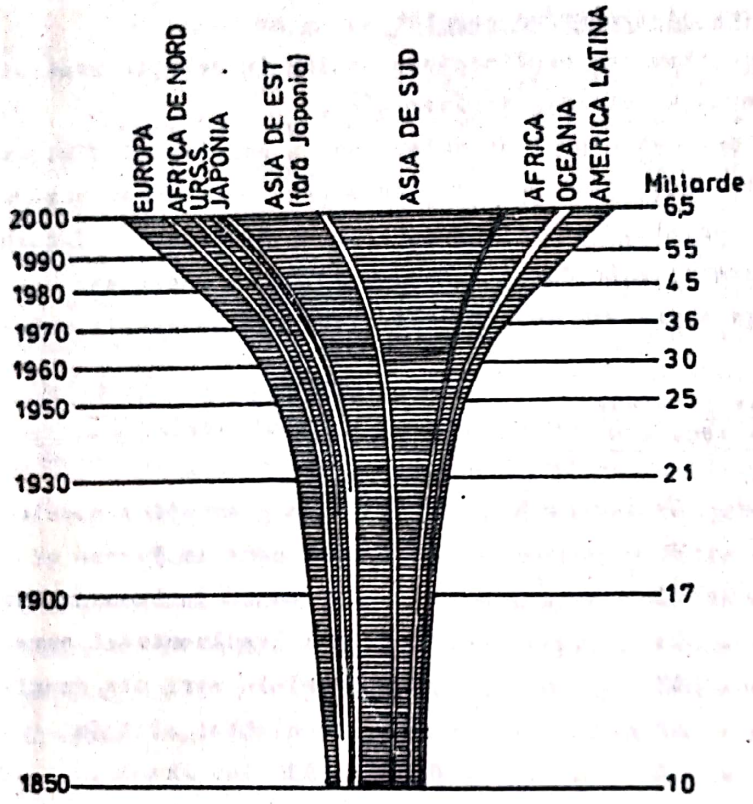


Fig.2b. NUMARUL POPULATIEI MONDIALE PE CONTINENTE IN PERIOADA 1850-2000

Creşterea numărului de locuitori în R. S. România în ultimul secol şi jumătate (de cînd se dispune de asemenea date) a fost moderată . Faţă de anul 1832, cînd avea 7.238 mii locuitori numărul populaţiei se tripleaza în intervalul de 15o ani (198o) .

Calculele demografice estimează că spre anul 2ooo numărul populaţiei ţării noastre va fi de 4 ori mai mare decît în 183o şi se va apropia de 3o milioane (tabel 3) .

Tabelul nr. 3. Evoluţia numărului populaţiei în R.S. România

Anul	Nr. loc.
1832	7.238 mii
1859	8.195
19oo	11.168
192o	12.898
193o	14.281
1941	16.141
1948	15.873
195o	16.311
1956	17.489,5
1966	19.1o3,2
197o	2o.252,o
1977	21.559,3
198o	22.2oo,o
1985 x)	23,4 - 23,7 mil.
199o x)	25,o mil
2ooo	29,8 mil.

x) N.Ceauşescu - Raport la cel de al XII-lea Congres al PCR.Ed.Pol.Buc. 1979, p.46 şi 54

Scanned with OKEN Scanner

După arondarea teritorial - administrativ județeană, numărul locuitorilor are variații însemnate : între județul Covasna cu aproximativ 2oo mii loc. și județul Prahova cu aproximativ 82o mii loc.

2.1.2. Densitatea și dispersia populației

Ambele noțiuni ne redau elemente suplimentare punînd în relație numărul locuitorilor sau așezările omenești și aria teritorială .

Densitatea populației ne redă gradul de aglomerare a populației dintr-un teriteriu (cartier, oraș, sat, județ etc).Se calculează prin raportarea numărului de locuitori la aria teritorială. Dintre indicatorii de apreciere cel care se utilizează curent în comparații este densitatea generală, ce raportează numărul locuitorilor la întreaga suprafață teritorială (inclusiv teritorii nelocuite) .

densit gen. a populației = Nr loc / Km p.

Tabel nr.4 - Densitatea generală a populației pe marile zone ale globului (1975)

Total glob	29 loc./kmp.	Densitatea generală a populației este mare în Europa și Asia și redusă în Oceania.Iar în cadrul continentului european nivelele mari ale densității populației sînt în Olanda (334 loc./kmp) .
Europa	96	
Asia	82	
America	13	
Africa	13	
U.R.S.S.	11	
Oceania	2	

R.S.România are o densitate generală a populației de nivel european, de 93,5 loc./kmp (în 198o) cu mari variații teritoriale : județul Tulcea (31,7)-județul Prahova (179,3 loc./kmp).

Dispersia populației arată gradul de răspîndire a locuitorilor pe feluri de centre populate (sate, orașe, sau pe arondări administrativ-teritoriale - comune, județe) și a locuințelor în cadrul centrelor populate. Ca urmare se apreciază astfel că într-un sat sau într-un cartier urban populația sau locuințele au un grad mai mare sau mai redus de dispersie .

In R.S.România, pentru anul 1979 - populația :

- urbană (49,3% din populația țării) locuiește în 236 centre populate urbane (municipii și orașe) ;
- rurală (5o,7 % din populația țării) locuiește în 13.124 sate arondate administrativ-teritorial în 27o5 comune (4,9 sate/1 comună). Dispersia populației este redusă, deci, în urban și mare în mediul rural, după cum dispersia populației și a locuințelor este mare în zonele de munte .

Densitatea și dispersia populației teriteriale condiționează :

- capacitatea, profilul și structura serviciilor medicale ;
- asigurarea cu cadre medicale superioare și medii :

- accesibilitatea populaţiei la asistenţa medicală ;

Acestea fiind în relaţie inversă cu gradul dispersiei populaţiei;

- costul îngrijirilor medicale şi randamentul cadrelor fiind în relaţie directă cu gradul dispersiei populaţiei .

2.1.3. Repartizarea populaţiei pe medii (urban şi rural)

Deşi încă nu există o definiţie unitară a oraşului şi a satului diferenţierea acestora constă în principal în gradul ridicat de echipare edilitară şi în numărul mai mare de locuitori ai oraşului faţă de sate. Ponderea populaţiei urbane pe glob a crescut mai mult în a doua jumătate a secolului 2o cu estimarea ca până în anul 2ooo, jumătate din populaţia globului să locuiască în oraşe.In etapa actuală 39% din populaţia globului locuieşte în oraşe (tabel nr.5),gradul teritorial de urbanizare variind pe zone teritoriale în raport de dezvoltarea economică şi are tendinţă de creştere în toate teritoriile. Creşterea populaţiei urbane se realizează prin sporul natural şi migrator şi prin declararea ca oraşe a unor centre populate rurale. In ţara noastră creşterea populaţiei urbane se realizează prin sporul natural şi migrator şi prin declararea ca oraşe a unor centre populate rurale. In ţara noastră creşterea populaţiei urbane din ultimii le ani s-a făcut mai ales prin sporul migrator. Creşterea populaţiei urbane din ţara noastră la 55 % în actualul cincinal, se prevede a se realiza prin spor natural, cu o rată mai redusă a sporului migrator în oraşele mari şi prin transformarea până în 1985, a 14o centre comunale în oraşe agro-industriale x), pe lîngă cele 236 oraşe existente (tabel 5).

- 18oo - 2,8 %
- 195o - 29,8
- 1975 - 39,o
- 2ooo - 51,o

Tabel nr.5.- Populaţia urbană pe glob-1975-(la loo din total)

Total glob	39,o %
America de Nord	77,o
Oceania	72,o
Europa	67,o
U.R.S.S.	61,o
America Latină	6o,o
Asia de Est	31,o
Africa	24,o
Asia de Sud	23,o

R.S.Romania

193o	21,4 %
1948	23,4
1956	31,3
1966	38,2
198o	5e,2
1985	55,5

Urbanul şi ruralul, prin particularităţile mediului şi modului de viaţă şi de muncă asigură condiţii diferite pentru sănătate şi calitatea vieţii. Fiecare din acestea, prin particularităţi nespecifice şi legate de imperfecţiuni în transformarea mediului sau de neasigurarea păstrării sănătăţii lui necesită acţiuni şi activităţi de supraveghere epidemiologică(în sensul larg al conceptului)diferenţiată pentru depistarea şi neutralizarea factorilor cauzali şi cu risc de morbiditate sau de supramortalitate.

x) Revista de Statistică nr.1o/198o

2.1.4. Structura populaţiei pe sexe este una din cele mai stabile ca - racteristici ale populaţiei teritoriale, sexele fiind constant în proporţii re - lativ egale, cu oarecare predominenţă a sexului feminin şi turburată de războaie şi migrări. După datele recensămîntului din 1977, în ţara noastră există o structură echilibrată şi ideală pe sexe în populaţia de toate vîrstele : M = 49,3 şi F = 5o,7 % cu variaţii pe teritorii - în limite restrînse - datorită industrializării, urbanizării şi diferenţelor mortalităţii .

Spre deosebire de aceasta, la naştere, proporţia băieţilor este mai mare (M = 51,o - 51,5 %). Apoi, datorită supramortalităţii masculine începînd cu primul an şi continuînd pe parcursul vieţii, proporţia sexelor se egalizează către pubertate, după care proporţia sexului feminin în populaţie creşte odată cu vîrsta .

Sexele participă diferit la riscul de îmbolnăvire sau deces datorită factorilor endogeni şi recepţiei lor diferite la acţiunea factorilor din mediul şi modul de viaţă şi de muncă. De aici rezultă şi diferenţele de morbiditate şi mortalitate pe sexe. De aceea preponderenţa unuia din sexe într-o colectivitate-teritorială, şcolară sau ocupaţională - la diferite vîrste este un element pentru organizarea diferenţiată a serviciilor şi acţiunilor medicale .

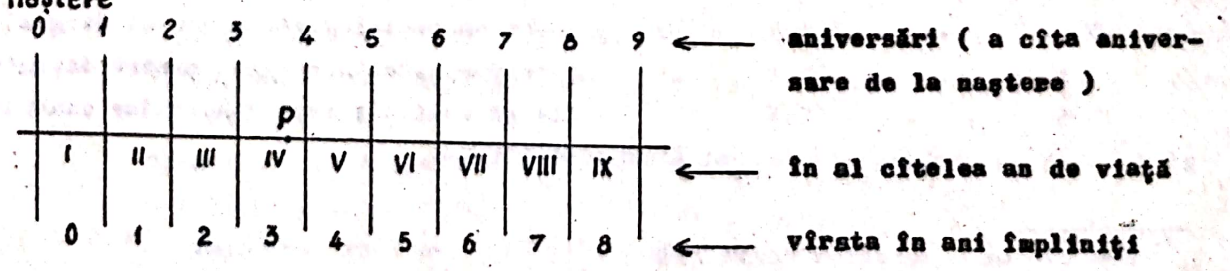
2.1.5. Structura populaţiei pe vîrste

Vîrsta reprezintă durata (timpul scurs) în ani, luni, zile de la naştere la un moment de observaţie .

La recensăminte, în calculele demografice sau în anchetele medicale vîrsta-ca durată de timp - de la naştere la o dată fixată în cercetare - este calculată cu una din următoarele tehnici :

a) în ani împliniţi (numai numărul întreg de ani, neglijînd lunile indiferent de numărul acestora) ;
b) prin retunjirea vîrstei în număr întreg de ani (adăugînd un an dacă la data stabilită are cel puţin o zi peste 6 luni şi renunţînd la numărul lunilor cînd la data stabilită are mai puţin de 6 luni vîrstă) ;
c) după anul calendaristic al naşterii exprimînd sub forma de contingent al anului X .

Cu ajutorul primelor două tehnici se calculează vîrsta în luni pentru primul an de viaţă în cercetările medicale. Dacă timpul se trece pe o dreaptă, atunci:



- un punct reprezintă un moment, iar
- un segment reprezintă o durată

Pe dreaptă s-au trecut o serie de momente : aniversări şi o dată la care vrem să calculăm vîrsta unei persoane P.

Ca urmare : - persoana este după a treia aniversare şi mai aproape de a patra aniversare ;
- este în al patrulean său de viaţă ;
- după prima tehnică are 3 ani împliniţi ;
- după a doua tehnică are 4 ani .

Cu aceleaşi tehnici se calculează vîrsta şi faţă de un eveniment anterior: la I îmbolnăvire faţă de naştere, la deces faţă de naştere etc.

Intrucît pentru grupuri mari de persoane e laborios de stabilit vîrsta exactă a fiecăreia se reţine de la fiecare valoarea vîrstei în număr întreg de ani (vîrsta în ani împliniţi) la data pe care o stabilim .

De asemenea, întrucît pentru grupuri mari de persoane (populaţie teritorială) e laborios de centralizat numărul persoanelor pe 100 ani vîrstă se operează prin o restrîngere a acestora pe clase cincinale sau decenale de vîrstă. Ca urmare, conform tehnicii de calcul a vîrstei în ani împliniţi, clasificaţia obişnuită este 0 - 4 ani
5 - 9
10 -14 etc.
ceea ce corespunde repartiţiei populaţiei în intervalele definite de aniversările:

0 ≺ 5
5 — ≺ 10
10 — ≺ 15 etc.

Studiul la un moment dat (de ex. la recensămînt), pentru diverse scopuri, a structurii pe vîrste a unei populaţii teritoriale restrînge şi mai mult clasificaţia cincinală folosind trei grupe mari :

0 - 14 ani		0 - 14 ani		0 - 19 ani
15 - 49	sau	15 - 64	sau	20 - 64
50 →		65 →		65 →

Acestea arată proporţiile, într-o populaţie, dintre grupe mari de vîrstă: tînără, adultă şi vîrstnică .

Folosind una din aceste trei regrupări în cunoaşterea structurii pe vîrste a populaţiei mondiale, din Europa şi din ţara noastră se constată că ponderea tinerilor este mai mare în regiunile în curs de dezvoltare iar a vîrstnicilor în regiunile dezvoltate economic, aprecierea valabilă şi pentru Europa (tabel 6 şi 7).

Datorită scăderii natalităţii şi mortalităţii premature şi a prelungirii duratei vieţii se estimează că în viitor ponderea tinerilor va scădea şi a vîrstnicilor va creşte în toate regiunile .

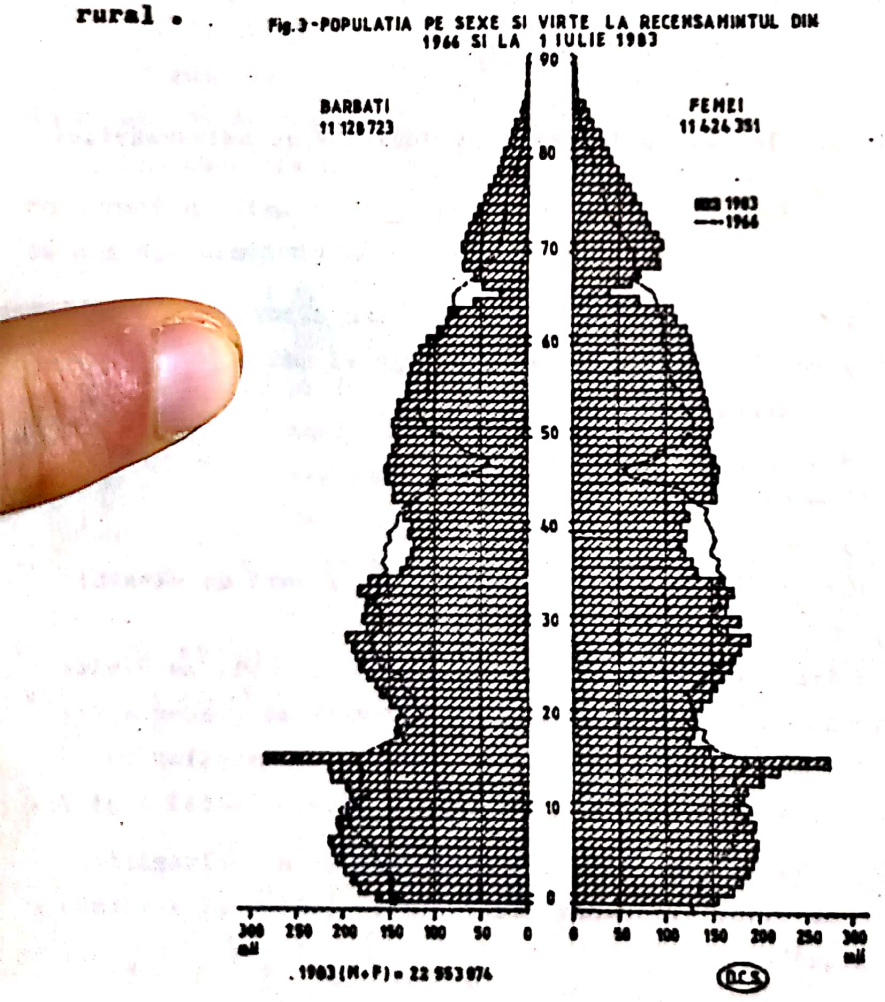
Tabel nr.6. - Structura pe vîrste a populaţiei mondiale - 197o .

	Total glob	Regiuni dezvoltate	Regiuni în curs de dezvoltare
o - 14	36,6	26,4	4o,8
15 - 64	57,9	64,o	55,5
65 +	5,5	9,6	3,7
Total	loo,o	loo,o	loo,o

Tabel nr.7. - Structura pe vîrste a populaţiei din Europa şi R.S.Romania

	Europa 197o	R.S.Romania 193o	R.S.Romania 1979
o-14	25,o	33,5	26,4
15-64	63,6	61,5	63,4
65+	11,4	5,o	1o,2
	loo,o	loo,o	loo,o

Scăderea ponderii tinerilor şi creşterea ponderii vîrstnicilor se constată în ultimii 5o de ani şi ţara noastră (tabel nr.7) datorită aceloraşi cauze menţionate. Variaţiile teritoriale şi pe mediile urban şi rural se datoresc diferenţelor ce se menţin în nivelele natalităţii şi mortalităţii şi creşterii populaţiei urbane prin aflux de populaţie adultă din rural .



Structura populaţiei pe vîrste şi evoluţia ei se studiază mai complet pe ani de vîrste (grupe cincinale) şi pe sexe utilizînd datele recensămintelor. Reprezentarea grafică a numărului de locuitori pe vîrste şi sexe dintr-un teritoriu sub forma unei histograme oferă imaginea generală a unui triunghi denumită curent piramida populaţiei. (fig.3) . Ea reprezintă nu numai cronica evenimentelor ce a interesat populaţia ci şi existenţa eventuală a tendinţei de îmbătrînire şi a formei acesteia: prin baza pi-

ramidei (creiază implicaţii multiple, e datorită scăderii natalităţii, produce în viitor scăderea totală a populaţiei), prin vîrful piramidei (datorită creşterii ponderii vîrstnicilor prin prelungirea duratei vieţii) şi prin ambele mecanisme. Majoritatea populaţiilor globului sînt tinere, dar prin tendinţa existentă de scădere a natalităţii şi la aceste populaţii baza piramidelor populaţiei în aceste regiuni se va restrînge şi va duce la creşterea ponderii populaţiei adulte şi apoi a celei vîrstnice .

Structura optimală pe vîrstă a populaţiei unui teritoriu este cea care asigură reînnoirea şi creşterea numărului de locuitori conform politicii demografice adoptate, care asigură dezvoltarea social - economică a întregii colectivităţi printr-un " spor demografic normal ..." şi " realizarea unor proporţii juste în structura pe vîrste .... " x)

Structura pe vîrste a populaţiei ţării noastre (fig.3, tabel 7) este echilibrată, cu o proporţie de tineri şi adulţi ce asigură dezvoltarea moderată a numărului de locuitori şi realizarea dezvoltării social-economice . In piramida populaţiei ţării noastre (fig. 3) există trei disproporţii datorită deficitului de naşteri, începînd de la vîrstele avansate: primele două se datoresc primului şi celui de al doilea război mondial şi a treia - datorită liberalizării averturilor din perioada 1957 - 1966 .

Vîrsta populaţiei ce se măreşte în timp constituie elementul principal în schimbarea structurii pe vîrste într-un teritoriu, iar modificarea structurii pe grupele mari de vîrstă are loc la intervale mari de ani (decenii), cînd nu intervin fenomene brutale (războaie, mari epidemii) .

Natalitatea, mortalitatea şi morbiditatea variază în primul rînd cu vîrsta, şi în comparaţiile dintre teritorii, cu structura pe vîrstă a populaţiei. Ponderea vîrstnice tinere favorizează natalitatea, iar a celor vîrstice constituie premiza nivelelor mari de morbiditate (mai ales prin boli cronice) şi de mortalitate, iar ponderea vîrstelor active influenţează ecenomia teritoriului. Numărul şi structura pe vîrste a populaţiei oferă elementele de bază în elaborarea programelor şi acţiunilor sanitare, pentru profilul şi capacitatea serviciilor şi specialităţilor de asistenţă medicală ambulatorie şi spitalicească .

2.1.6. <u>Structura populaţiei după nivelul de instruire</u>

Nivelul de instruire este caracteristica principală a nivelului cultural al populaţiei. El se determină în raport de ultima şcoală de cel mai mare grad absolvită. Proporţia de persoane instruite şi nivelul de instruire al acestora constituie unul din elementele principale în realizarea progresului social economic şi bunăstării, în promovarea sănătăţii şi în creşterea calităţii vieţii populaţiei .

Calculul proporţiei populaţiei cu nivel elementar de instruire se face pe bază datelor recensămintelor cu formula :

---

x) N.Ceauşescu - Raport la cel de al XII-lea Congres al PCR-Ed.Politică,Buc. 1979, pag.46.

$$\text{nivel elementar de instruire} = \frac{\text{nr.locuitori ce au terminat cel puțin instr.elem.}}{\text{nr.loc.în vîrstă să-și fi terminat instr.elem.}} \times 100$$

Proporția de persoane fără instrucție (cel puțin elementară) sau cu diferite nivele de instrucție se calculează în același mod .

Pe glob există în 197o o proporție de 34,2 % din persoanele peste 15 ani ce erau analfabeți și mari variații teritoriale : regiunile dezvoltate economic cu proporții reduse iar regiunile în curs de dezvoltare cu proporții de analfabeți pînă la 74 % . (tabel 8) .

Tabel nr.8.- Proporția persoanelor peste 15 ani fără instrucție elementară (197o)

Total glob	34,2 %
America de Nord	1,5
Europa și URSS	3,6
Oceania	1o,3
America Latină	23,6
Asia	46,8
Africa	73,7

In țara noastră există una din situațiile bune de pe glob: întregul învățămînt este gratuit fiind o problemă de stat ; în instrucția preșcolară ce începe la vîrsta de 3 ani - sînt cuprinși 8o % din copii, instrucția generală începe la vîrsta de 6 ani , durează 1o clase care se va extinde pînă în 1985 la 12 clase, pentru toți tinerii; se dezvoltă învățămîntul superior, seral și fără frecvență. De reținut creșterea duratei de școlarizare prin extinderea ei la vîrstele marginale (preșcolari - învățămînt liceal și superior) și crește cuprinderea sexului feminin în învățămîntul superior .

In lume există o tendință asemănătoare, cu particularități pe teritorii, sexe și medii : crește nivelul și durata de instruire a copiilor și tineretului .

La o populație teritorială, cuprinderea în instrucție, nivelul și durata ei intră în relație directă cu obținerea nivelului de educație sanitară necesar însușirii deprinderilor sănătoase pentru viață și muncă, pentru obținerea cooperării populației de către serviciile medicale în promovarea , apărarea și refacerea sănătății și de creștere a adresabilității populației la îngrijiri medicale . Nivelul și durata instrucției (inclusiv instrucția pentru sănătate) este condiția conștiintizării sănătății și a implicațiilor bolii, a realizării aplicării profilaxiei individuale și generale de către fiecare membru al colectivității, de eficiență și eficacitate a programelor și acțiunilor sanitare .

2.1.7. Volumul și structura populației ocupate în producția socială

In raport cu sistemul economic populația totală este consumatoare a bunurilor produse de economie, iar numai o parte a acesteia este producătoare de bunuri materiale și spirituale (populație activă) .

Populaţia activă sau populaţia economic activă este acea parte din populaţia unui teritoriu ocupată nemijlocit în producţia socială. Din punct de vedere economic este cea mai importantă categorie demografică .

Metodologic, populaţiei active, îi sînt precizate două caracteristici :

- vîrsta de muncă (limitele ei) ;

- activitatea prestată într-unul din domeniile muncii sociale aducătoare unui venit ce constituie sursa de existenţă a persoanei şi contribuţia la progresul general al colectivităţii .

Populaţia în vîrstă de muncă cuprinde bărbaţii între 16 şi 62 ani şi femeile între 16 şi 57 ani (limitele stabilite de legislaţia muncii din ţara noastră, exceptînd situaţii stabilite prin alte reglementări-şi agricultura prin particularităţile ei). Din aceasta se desprinde populaţia ce poate munci, din care - la rîndul ei - se desprinde o a treia categorie, a populaţiei efectiv ocupate în muncă. Între aceste trei categorii pot exista relaţii de inegalitate : între prima şi a doua categorie datorită absenţei sănătăţii , iar între a doua şi a treia categorie , datorită necuprinderii (neîncadrării) în muncă .

Populaţia activă se determină la recensăminte, iar populaţia ocupată (efectiv) prin calcule anuale .

populaţia în vîrstă de muncă $\geqslant$ populaţia aptă de muncă din punctul de vedere al sănătăţii $\geqslant$ populaţie efectiv ocupată în muncă

Cunoaşterea proporţiei populaţiei active se face cu :

$$\text{indicele general de activitate} = \frac{\text{populaţia activă}}{\text{populaţia totală}} \times 100$$

În anul 1966 România-avea un indice general de activitate de 54,2 %[x] pentru ambele sexe, M = 60,7 %, F = 48,1 %, situaţii dintre cele mai bune din lume. În populaţia activă din România s-au cuprins, în 1966, toate persoanele în vîrstă de 14 ani şi peste care exercitau o ocupaţie ce se încadra în una din ramurile economiei, inclusiv persoanele în vîrstă de muncă din agricultură fără a se face deosebirea între munca prestată în agricultură şi cea prestată în activitatea casnică .

Ca urmare există în fiecare teritoriu : populaţie activă şi inactivă (persoanele întreţinute de alţii : de stat, de organizaţiile obşteşti, de familie) în general : vîrstele marginale : copiii, tinerii şi vîrstnicii .

Statistica populaţiei active repartizează anual persoanele pe ramuri şi subramuri ale economiei naţionale şi ale industriei pe sectoare social - economice, pe ocupaţii şi categorii sociale etc.

---

x) Vl.Trebici - Demografia - Ed.St.şi Encicloped.Buc., 1979 , pag. 412

Pentru a aprecia mai bine raportul dintre populaţia inactivă şi activă se calculează indicele de dependenţă, care exprimă cîte persoane inactive sînt

$$\text{indicele de dependenţă} = \frac{\text{Pop. inactivă}}{\text{Pop. activă}} \times 100$$

întreţinute de 100 persoane economic active. In anul 1966 acesta a fost de 84,4 %[x)]. Acest indice este diferit de cel a dependenţei de vîrstă care are un caracter potenţial şi exprimă sarcina populaţiei e - 14 ani şi 60 ani şi peste pentru populatia în vîrstă de 15 - 59 ani .

Populaţia activă şi cea ocupată se analizează detaliat prin indici specifici de activitate ce redau proporţia populaţiei active în diferite grupe: vîrstă, sexe, medii, nivele de instruire etc.

In lume, indicii de activitate pe sexe arată că sexul masculin este ocupat în muncă într-o proporţie mai mare ca sexul feminin atît în regiunile dezvoltate cît şi în cele în curs de dezvoltare. In general, în ultimii 20 ani, ocuparea în muncă a sexului masculin scade sau e staţionară iar a sexului feminin creşte. Cauzele acestor aspecte sînt social-economice şi variază de la ţară la ţară, dar - în principal - două aspecte , ce intră în relaţie cu alte fenomene demografice, reţin atenţia :

	1970	
	M	F
- reg.dezv.econ.	57,9	32,5 %
- reg.în dezv.	52,7	28,5

- industrializarea determină creşterea indicelui de activitate pentru ambele sexe ;

- modernizarea agriculturii (mecanizare, chimizarea, irigarea) eliberează forţă de muncă ocupată în agricultura practicată tradiţional, angajată total sau parţial în industria regională sau locală .

Ca urmare, indicii de activitate ai populaţiei unui teritoriu trebuie analizaţi şi interpretaţi în raport de stadiul şi perspectiva dezvoltării social - economice .

In comparaţiile dintre teritorii mai mari (regiuni sau zone de pe glob) se utilizează curent o grupare a populaţiei ocupate în trei sectoare ale economiei, ce ne dă indicaţii în legătură cu stadiul de dezvoltare (subdezvoltat, în curs de dezvoltare, cu dezvoltare medie, dezvoltat) şi care cuprind :

- sectorul primar : agricultură, silvicultură, vînătoare şi pescuit ;
- sectorul secundar : industrie, construcţii ;
- sectorul terţiar sau al serviciilor publice : comerţ, bănci, transporturi, învăţămînt, asigurări sociale etc.

Pe plan mondial populaţia ocupată în sectorul primar are ponderea cea mai mare, ţările dezvoltate economic au însă o pondere mare ocupată în sectorul secundar şi terţiar iar cele în curs de dezvoltare - în sectorul primar. Tendinţa generală, cu mari variaţii teritoriale, este de scădere a ponderii

x) Vl.Trebici-Demografia-Ed.St.şi Encicloped.Buc.1979,p.416 şi 86

populaţiei ocupate în sectorul primar şi de creştere în sectorul secundar şi terţiar .(Tabel nr.9) .

Tabel nr.9.- Repartizarea populaţiei ocupate de pe glob pe sectoare ale economiei x)

	Primar	Secundar	Terţiar
Total glob - 1950	61	17	22 %
1960	58	19	23
		1 9 6 0	
- Africa	77	9	14 %
- Asia	71	12	17
- America Latină	48	20	32
- Oceania	23	34	43
- America de Nord	8	39	53
- Europa	28	38	34
- U.R.S.S.	45	28	27
		R.S.România	
- 1950	74,3	14,2	11,5 %
- 1977	34,7	41,5	23,8
- 1985 (proiect)	21,6	51,6	26,8

Progresul unei economii naţionale înseamnă creşterea populaţiei ocupate în secundar apoi în terţiar odată cu scăderea în sectorul primar aşa cum prezintă şi situaţia României (tabel 9) .

Intrucît populaţia activă asigură progresul social economic şi întreţinerea întregii colectivităţi necesită să aibă acţiuni prioritare în programul teritorial de sănătate. Ca urmare, serviciile medicale teritoriale şi de colectivitate necesită să cunoască numărul şi structura populaţiei economic active, ocupată şi neocupată în muncă, în complexul de factori ce-i influenţează sănătatea , capacitatea de muncă şi durata vieţii active. Activitatea medico-sanitară pentru populaţia ocupată necesită să conţină prioritar acţiuni profilactice : de identificare şi neutralizare a factorilor cu risc de îmbolnăvire, de supraveghere diferenţiată activă, prin control medical periodic - începînd cu perioada de şcolarizare profesională şi cu momentul intrării în producţia socială - a grupelor de vîrstă şi locurilor de muncă .

2.1.8. Structura populaţiei după starea civilă

Repartiţia populaţiei după starea civilă sau după statutul matrimonial este redată de situaţia în care se găsesc persoanele faţă de căsătorie. După metodologia din ţara noastră, pentru o persoană pot exista patru situaţii: necăsătorită, căsătorită, văduvă şi divorţată. Informaţiile necesare se obţin numai la recensăminte, care oferă situaţiile numai în acel moment .

x) Vl.Trebici-Populaţia mondială - Ed.St.Bucureşti,1974,pag.119

Vîrsta legală a căsătoriei în România este de la 16 (respectiv 15) ani în sus pentru populaţia feminină şi de la 18 ani pentru populaţia masculină (tabelle).

Tabel nr.1e.- Repartiţia populaţiei din România după sex şi starea civilă - 1966.

	M	F
- Total	1oo,o	1oo,o %
- necăsătorit . .	43,7	35,5
- căsătorit . .	53,3	51,6
- văduvo . . .	2,1	1o,7
- divorţ. . . .	o,8	2,2

La recensămîntul din 1966, în populaţia de toate vîrstele din ţara noastră, erau mai multe persoane necăsătorite de sex masculin şi mai multe persoane văduve şi divorţate de sex feminin. Raportarea la numărul populaţiei în vîrstă de a se căsători oferă rezultate mai exacte pentru fiecare sex şi stare civilă .

Această structură a populaţiei teriteriale oferă informaţii utile serviciilor medicale pentru corelarea lor cu natalitatea, mortalitatea şi morbiditatea populaţiei, care au nivele diferite şi după starea civilă .

2.1.9. Structura populaţiei după mărimea gospodăriei şi a familiei

Gospodăriile şi familiile se înregistrează numai la recensămînt. Deşi aproape identice în marea majoritate a cazurilor, cunoaşterea deosebirilor este necesară mai ales în anchetele medicale din populaţiile teriteriale. Gospodăria este o unitate socio-demografică cu funcţie economică (de producţie şi consum) cuprinzînd persoane ce au locuinţă comună (cu trai în comun) dar au venit şi masă separată . Familia este o unitate socio-biologică ce întruneşte persoane cu grade de rudenie ce au locuinţă, venit şi masă comună. La recensămîntul din 1966, în ţara noastră, din 5.954,6 mii gospodării 43,4 % erau formate din 3 şi 4 persoane (medii întrunite). La sate dimensiunea gospodăriei este mai mare ca la oraşe (tabel 11), cu variaţii teriteriale în limite restrînse . Pe medii întrunite, 93 % din gospodării au un singur nucleu familial, 6,7% cu 2 nuclee familiale şi o,3% au peste 2 nuclee familiale. La sate sînt mai multe gospodării cu 2 şi 3 nucleo familiale decît la oraşe. Dimensiunea medie a familiei era în 1966 de 3,2 persoane pe medii întrunite, de 2,9 în urban şi de 3,5 în rural .

Tabel nr.11. Frecvenţa gospodăriilor pe medii după numărul persoanelor ce le compun - R.S.România -1966 -

	Urban	Rural
cu 1 pers.	18,7	11,o %
2	25,7	21,8
3	25,9	21,7
4	18,1	21,1
5	7,2	12,9
6	4,3	11,4

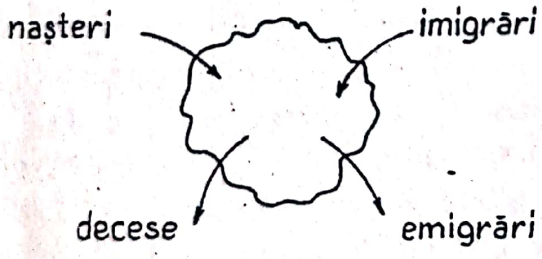
Pentru serviciile medicale, gospodăria şi familia sînt unităţile de bază în cercetările medico-sociale, în anchetele epidemiologice (din bolile transmisibile şi netransmisibile). Ele oferă cunoaşterea şi rezolvarea problemelor de

sănătate pentru că aici (în mediul şi modul de viaţă) se pot cunoaşte mai bine factorii particulari ce au condiţionat sănătatea şi îmbolnăvirile la 2 - 3 generaţii, pentru că - în ultimă instanţă - rezolvarea programelor sanitare teritoriale este condiţionată de rezolvarea sănătăţii familiei .

2.2. Principalele fenomene demografice şi implicaţiile lor asupra sănătăţii populaţiei şi asupra organizării serviciilor medicale

Spre deosebire de studiul stării populaţiei (cu numărul şi structura ei după diferitele caracteristici), dinamica demografică se ocupă de schimbările în numărul şi structura populaţiei unui teritoriu ce au loc datorită : naşterilor, deceselor şi migrărilor. Pentru o colectivitate teritorială, aceste schimbări se fac printr-un mecanism elementar :

- oamenii se nasc sau vin din alt teritoriu (imigrări) şi intră astfel în populaţie ;
- oamenii mor sau pleacă în alt teritoriu (emigrări) şi ies astfel din populaţie ;
- între data intrării (naşterii, sosirii) şi data ieşirii (decesului, plecării) aceleiaşi persoane din acea populaţie se scurge un timp, care este durata vieţii sau timpul de prezenţă (ce diferă de la o persoană la alta) şi care asigură în fiecare moment un număr invariabil de persoane, ce constituie populaţia acelui teritoriu .



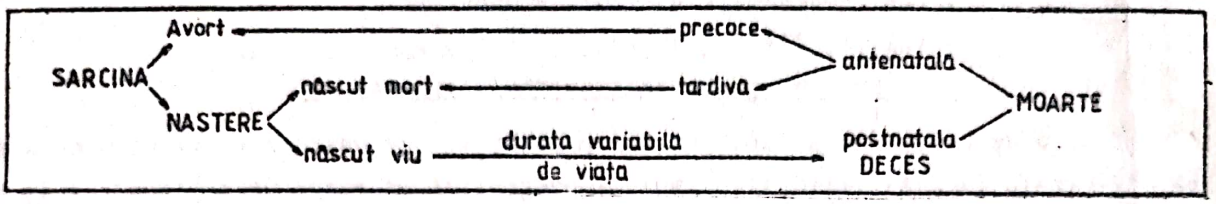
Cunoaşterea dinamicii demografice teritoriale, cu nivelul şi componentele ei (dinamică naturală şi migratorie) şi a factorilor ce o condiţionează serveşte serviciilor medicale în elaborarea programelor sanitare ce să asigure sănătatea populaţiei şi prelungirea vieţii acesteia .

Prin dinamica naturală a populaţiei se înţelege reînnoirea continuă a acesteia ca urmare a efectelor produse de cele două fenomene principale demografice: natalitatea şi mortalitatea. Prin dinamica migratorie (mecanică) se înţelege deplasarea populaţiei dintr-un teritoriu în altul (localităţi, judeţe, ţări, regiuni de pe glob) .

In cadrul dinamicii naturale, reproducerea populaţiei asigură reînnoirea ei prin aportul de născuţi vii, proces ce este condiţionat de factori biologici şi determinat de factori sociali, economici, culturali şi demografici. La rîndul ei, reproducerea depinde direct de vîrsta la care femeile devin fecunde şi de

durata acesteia[x], de frecvenţa practicii contraceptive şi a avorturilor, de nivelul mortinatalităţii. In toate acestea sănătatea femeilor intervine nu numai în intensitatea capacităţii de procreiere ci şi în calitatea produsului de concepţie .

Dar, orice sarcină se poate încheia cu un avort sau cu naşterea unui copil viu sau a unui copil mort, iar născutul viu după o durată de viaţă decedează.



Acestor evenimente demografice le sînt asociate fenomene demografice(suma evenimentelor demografice de acelaş fel dintr-o perioadă de timp raportată la populaţia teritoriului), ce se apreciază prin indicii de natalitate, mortinatalitate, mortalitate generală .

Pentru compararea unitară - între teritorii şi în timp - este necesară încadrarea unitară a acestor evenimente demografice. Definirea unitară a limitelor acestora a fost recomandată de specialiştii ONU pe care îi vom reda la prezentarea fenomenului respectiv .

2.2.1. <u>NATALITATEA</u> este fenomenul cel mai dinamic în evoluţia numărului de locuitori dintr-un teritoriu. El reprezintă suma evenimentelor demografice (născuţii vii) dintr-o perioadă de timp raportată la populaţia teritoriului .

<u>Născutul viu</u>, ca unitate statistică a fenomenului, are după experţii ONU - următoarea definire şi limite - produsul de concepţie expulzat sau extras din corpul mamei - indiferent de durata sarcinii - care după separare manifestă orice semn de viaţă: respiraţie, bătăi ale cordului, pulsaţia cordonului ombilical sau contracţia unui muşchi supus voinţei, indiferent dacă cordonul a fost tăiat sau nu şi indiferent dacă placenta a fost extrasă sau nu. Naşterea unui copil viu se constată de medic, care întocmeşte şi eliberează certificatul constatator de naştere (cu menţionarea ca născut viu) în primele 24 ore de la producerea evenimentului. Pe baza certificatului constatator familia declară născutul viu, în primele 14 zile de la producerea evenimentului, la starea civilă pe teritoriul căreia s-a produs. Dacă certificatul constatator s-a completat greşit, acesta se anulează, se păstrează în carnetul său şi se completează un altul .

Nivelul (mărimea) acestui fenomen demografic pe un an calendaristic se apreciază cu indicele brut al natalităţii, utilizat curent pentru uşurinţa calculului şi semnificaţia rezultatului .

$$\text{natalitatea } 198o = \frac{\text{Născuţii vii } 198o}{\bar{P}_{198o}} \times 1oo \quad \left[\frac{365}{?}\right]$$

x) Perioada fertilă feminină este cuprinsă între 15 şi 49 ani

El raportează numărul născuţilor vii dintr-un an (după data producerii şi nu după data declarării evenimentului la starea civilă) la populaţia teritoriului de la mijlocul anului (1 iulie). Cînd este necesar să calculăm natalitatea pentru perioade de timp mai scurte (1, 2, 5 etc luni) indicatorul se corectează cu raportul : numărul zilelor dintr-un an/numărul zilelor din perioada la care calculăm.

In prezent nivelul natalităţii pe glob variază în limite foarte largi: între 9,5 ‰ (R.F.Germania - 1977) şi 50 ‰ (Niger, Zambia, Malawi, Togo, Mali ş.a.)[x] . Nivelele ridicate întîlnite azi în ţările în curs de dezvoltare le-au avut - în trecutul lor şi ţările dezvoltate economic din perioada actuală. Din a doua jumătate a secolului trecut, odată cu industrializarea, urbanizarea, creş - terea duratei de şcolarizare nivelul natalităţii acestor ţări a început să scadă. Factorii ce au acţionat, cu efecte după un număr mai mare de ani, ar putea fi grupaţi astfel :

- creşterea vîrstei la căsătorie şi instabilitatea căsătoriei încheiate;
- ocuparea femeilor în producţia socială (mai ales în sectoare neagricole), intensificarea şcolarizării şi prelungirea duratei de studiu ;
- acceptarea comportamentului demografic pentru reducerea dimensiunii familiei de către populaţia ce se urbanizează ;
- creşterea nivelului cultural şi formarea unei atitudini conştiente faţă de actul reproducerii, acesta fiind " nu numai un act biologic ci şi psihologic, în sensul că el depinde de voinţa individului de a se reproduce sau nu " [xx] ;
- scăderea mortalităţii generale şi infantile şi prelungirea duratei medii a vieţii, care nu mai necesitau compensare pentru un număr mai mare de urmaşi ;
- creşterea activităţilor şi costului pentru creşterea copiilor în situaţia trecerii de la ocupaţia agrară la cea industrială ;
- accentuarea diferenţelor dintre cerinţele vieţii şi posibilităţile lor de satisfacere .

La acestea se mai poate adăuga extinderea şi creşterea frecvenţei contraceptive, care face schimb cu practica abortivă ca mijloace de intervenţie voită a cuplurilor în dimensionarea urmaşilor şi a spaţiului dintre naşteri .

Importanţă majoră are intervenţia statului prin măsuri economice, sociale, legislative şi educaţionale, fiecare stat şi guvern avînd dreptul să-şi stabilească propria sa politică demografică, de creştere sau scădere a nivelului natalităţii .

Nivelele natalităţii, din perioadele recente , sînt mai mari în regiunile în curs de dezvoltare şi mai reduse în cele dezvoltate economic, tendinţa de

---

x) Demographic Yearbook , 1968 - 1974, ONU

xx) Todosia M.- Doctrine economice contemporane.Litografia Univ.Al.I.Cuza Iaşi, 1972, partea I, pag.243

scădere înregistrîndu-se aproape în toate teritoriile de pe glob (tabel 12) .

Tabel nr. 12.- Natalitatea pe glob în perioadele 196o-1965 ; 197o-1975 şi 199o-1995

	196o-1965	197o-1975	199o-1995
Totşl mondial	34,o	31,8	28,o ‰
reg.dezveltate . . .	2o,3	17,5	16,3
reg.în dezv. . . .	4o,o	36,7	3o,1
Europa . . .	18,6	16,1	15,7
America Nord . .	22,3	16,5	15,9
U.R.S.S. . . .	22,o	17,8	17,6
Oceania . . .	27,o	25,1	23,1
Asia Est . . .	29,o	26,o	18,7
America Lat. . .	39,o	37,o	31,6
Asia Sud . . .	45,o	42,8	34,6
Africa . . .	47,o	46,5	42,4

In majoritatea ţărilor europene natalitatea a scăzut, numai în puţine din ele în care au fost luate măsuri de redresare (Bulgaria, Ungaria, Cehoslovacia) această tendinţă a fost modificată sau încetinită .

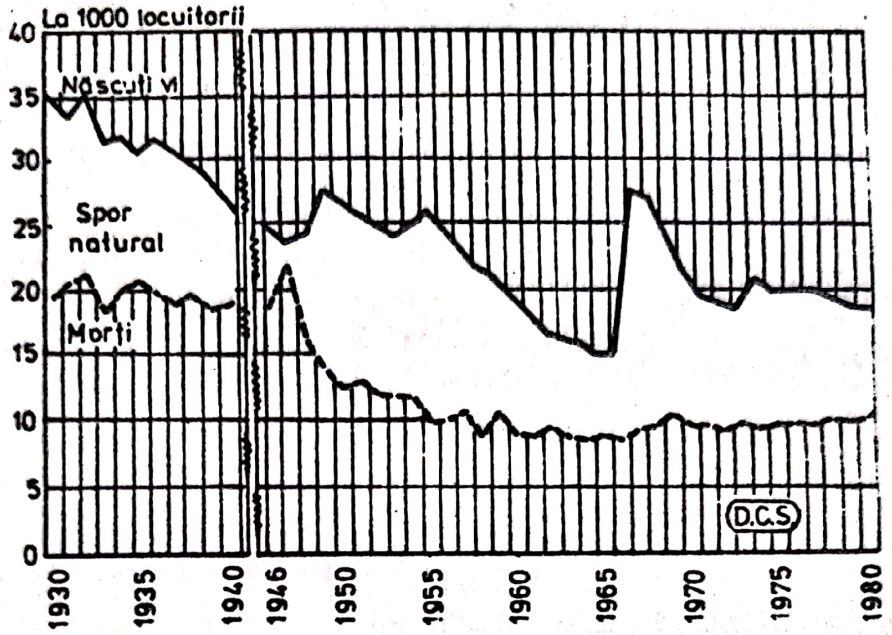
In perioada 186o - 19oo natalitatea în ţara noastră se menţine la nivele mari : 3o - 4o ‰, începînd să scadă din deceniul al IV-lea al actualului secol. După perioada scurtă de compensare din anii următori celui de al II-lea război mondial (1949-1955), scăderea continuă şi este accentuată mai ales de către şi în perioada de liberalizare a avorturilor (1957 - 1966)[x] (fig. 4) . La sfîrşi - tul acesteia (1966) ţara noastră înregistrase cele mai mici valori din istorie ei (14,3 ‰) - fig. 4 şi tabel 13 - şi cele mai scăzute nivele din Europa şi din lume după R.P.Ungaria (13,6 ‰) . Pentru preîntîmpinarea consecinţelor multiple, de ordin social, economic, demografic şi de sănătate, în 1966 se legiferează un complex de măsuri[xx] menite să favorizeze redresarea natalităţii şi asigurarea unui spor demografic normal .

Prin decretul 77o/1966 (ca şi prin legea nr.3/1978 [xxx]) întreruperea cursului normal al sarcinii este interzisă, ea putînd fi aprobată de comisia medicală numai dacă pune în pericol viaţa femeii şi în alte cîteva situaţii (vîrsta peste 4o ani, 4 copii în îngrijire, etc). După o creştere bruscă, din anul 1967 (27,4 ‰) - tabel 13 - , nivelul natalităţii a continuat să scadă ajungînd în 198o la 18,o ‰. In afara acestor principale caracteristici evolutive ale natalităţii din ţara noastră alte cîteva aspecte ale nivelelor sale reţin atenţia

x) HCM 463/1957
xx) Decretul 77o/1966 privind reglementarea cursului sarcinii, apoi completat cu Decretul 53/1972 .
xxx) Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei .

Scanned with OKEN Scanner

Fig.4 - MISCAREA NATURALA A POPULATIEI IN R.S.ROMANIA,1930-1980



Tabel nr. 13.- Natalitatea pe medii în R.S.România

	Intrunit	Urban	Rural
193o	34,1	23,3	3o,9 ‰
195o	26,2	2o,1	28,1
1955	25,6	2o,6	27,4
1966	14,3	11,4	16,1
1967	27,4	26,9	27,6
197o	21,1	18,9	22,6
1976	19,5	19,6	19,3
1979	18,6	18,7	18,6
1984	15,5	16,o	15,1

şi anume :

- rata mai mare de scădere în rural, din ultima jumătate de secol, a dus la omogenizarea niveleler pe mediul urban şi rural în ultimii cinci ani (tabel 13) ;

- natalitatea se menţine cu nivele mai mici în teritoriile din vestul ţării şi cu nivele mai mari în teritoriile estice ;

- menţinerea diferenţelor sezoniere, cu nivele mai mici în lunile noiembrie, decembrie , ianuarie şi februarie .

Pentru a exclude influenţa structurii pe vîrste şi sexe a întregii populaţii asupra indicelui natalităţii în comparaţiile teritoriale şi a nivelului

născuților vii ce înlocuiesc și reînnoiesc în continuare populația, aprecierea corectă se face prin raportarea născuților vii numai la populația feminină fertilă [x] și cu ajutorul indicatorului de fertilitate generală :

$$\text{fertilitate generală} = \frac{\text{Nr. născuți vii -198o-}}{\text{Pop. feminină 15-49 ani}} \times 1000$$

Intrucît contingentul feminin de vîrstă fertilă reprezintă aproximativ jumătate din populația feminină de toate vîrstele, iar aceasta - la rîndul ei - reprezintă jumătate din totalul populației, nivelul fertilității generale este aproximativ de patru ori mai mare decît cel al natalității. Fertilitatea generală a fost în România în 198o de 75,2 ‰ iar natalitatea de 18,o ‰. In decurs de 8o ani (19oo - 198o) ea a scăzut la mai puțin de jumătate (de la 155 la 75 ‰), cu variații ale nivelelor pe ani, pe teritorii și cu rate de scădere mai mari pentru rural, aspecte asemănătoare ca și la natalitate . In cadrul contingentului feminin fertil nivelul fertilității variază cu vîrsta femeilor. Aceasta se poate cunoaște prin calcularea indicatorului de <u>fertilitate specifică pe vîrste sau grupe de vîrstă</u> :

19oo - 155 ‰
193o - 121
194o - 1oo
195o - 91
196o - 74
197o - 81
198o - 75

$$\text{fertilitatea specifică pe grupe de vîrstă} = \frac{\text{Născuți vii în 198o din mame în vîrstă de 2o - 24 ani}}{\text{Populația feminină de 2o - 24 ani}} \times 1000$$

In cadrul vîrstelor 15 - 49 ani fertilitatea feminină este mai mare la vîrstele tinere (2o - 29 ani) și scade pe măsură ce se apropie de 5o ani (tabel nr.14). De aceea, nivelul fertilității generale este în funcție și de structura pe vîrste a lotului de femei. In procesul de scădere în timp fertilitatea a fost redusă dinspre vîrstele avansate spre vîrstele tinere, așa cum arată nivelele fertilității din 1979 în comparație cu cele din 193o din țara noastră. Acest proces evidențiază reducerea dimensiunii familiei de la mai mulți la mai puțin copii ce-i realizează la vîrstele tinere (tabel 14) .

<u>Tabelul nr.14</u>. <u>Fertilitatea specifică pe grupe de vîrstă în România 193o și 1979</u>

	193o	1979	1979 x 5
15 - 19 ani	45,3	72,5 ‰	362,5
2o - 24	244,5	2oo,2	1ool,o
25 - 29	216,8	128,8	644,o
3o - 34	2o3,1	61,o	3o5,o
35 - 39	115,6	28,4	142,o
4o - 44	53,7	7,6	38,o
45 - 49	8,6	o,7	3,5
		Σ =	2496,o

x) Populația feminină de vîrstă fertilă = femei în vîrstă de 15-49 ani

Scanned with OKEN Scanner

Indicatorii de fertilitate specifică pe vîrste sau grupe de vîrstă mai servesc şi pentru cunoaşterea în optică transversală a nivelului de reproducere a populaţiei printr-un indicator mai sintetic decît cel de fertilitate, numit reproducere brută, folosit cel mai des în practică. Obţinerea acestuia foloseşte indicatorii de fertilitate pe vîrste sau grupe de vîrstă şi următorii indicatori intermediari şi calculele acestora :

- Fertilitatea brută, care arată numărul mediu de născuţi vii (băieţi şi fetiţe) pentru 1ooo de femei, pe care i-ar naşte un contingent feminin ce nu ar fi supuse riscului mortalităţii (de la naştere la 5o ani) şi care ar avea la fiecare vîrstă (între 15 şi 5o ani) fertilitatea specifică observată în perioada considerată x). Pe un an calendaristic indicele de fertilitate brută se obţine însumînd indicii de fertilitate specifică pe vîrste sau grupe de vîrste a lotului feminin fertil :

$$\text{Fertilitate brută} = \boxed{\sum f_{15} + f_{16} + \ldots\ldots + f_{49}} \quad ;$$

pentru indicii de fertilitate pe vîrste

In situaţia existenţei fertilităţii specifice calculată pe grupe cincinale de vîrstă , aşa cum s-a prezentat în tabelul nr.14 pentru anul 1979 :

$$\text{Fertilitatea brută} = \boxed{\sum (f_{15-16} \times 5) + (f_{2o-24} \times 5) + \ldots\ldots + (f_{45-49} \times 5)}$$

Ceea ce, pentru anul 1979, înseamnă o fertilitate brută de 2496, o născuţi vii, adică toate contingentele feminine, de diverse vîrste ar naşte în toată perioada lor fertilă 2496 copii (băieţi şi fetiţe) / 1ooo femei, fără ca mortalitatea să mai fi micşorat contingentele de femei şi cu nivelele de fertilitate specifică pe vîrste ale anului de calcul. Acest rezultat s-a obţinut în optica transversală de calcul, pe un contingent fictiv de femei, adică numărul total de copii ce i-ar naşte o femeie după parcurgerea vîrstei fertile .

- Descendenţa finală (numărul urmaşilor) se obţine prin reducerea la unitate a fertilităţii brute $= \frac{1}{1ooo}$ fertilitatea brută .

Pentru anul 1979 = $\frac{1}{1ooo}$ 2496 $\longrightarrow$ 2,496 născuţi / 1 femeie

Reproducerea (reînnoirea) populaţiei se apreciază cantitativ şi efectiv prin numărul mediu de născuţi vii fetiţe ce înlocuiesc o femeie după încheierea vîrstei fertile (considerînd femeia ca factor de reproducere). Calculul, în acelaş sistem transversal, se face plecînd de la descendenţa finală ce se înmulţeşte cu proporţia de fete la naştere (în ţara noastră, pentru 1979 a fost de 48,5%):

Reproducerea brută pentru 1979 = 2,496 x o,485 = 1,21

Dacă în medie o femeie naşte mai mult de o fetiţă (în 1979 s-au născut 12 fetiţe/1o femei) înseamnă că vor urma un număr mai mare femei ce le vor înlocui

x) Definiţie din Anuarul Demografic al R.S.R. 1974

pe cele actuale. Valoarea unitară indică pentru viitor o populaţie staţionară.

Indicele de reproducere netă se obţine prin calcule asemănătoare care în plus ţin seama de consecinţele mortalităţii feminine de la naştere la vîrsta de 5o ani .

In comparaţiile curente între teritorii sau între perioade se foloseşte indicatorul de reproducere brută .

In ţara noastră, în perioada 19oo-1979, reproducerea brută a populaţiei a scăzut la mai puţin de jumătate şi are aceleaşi variaţii teritoriale şi pe medii ca şi cele ale natalităţii. Complexul de măsuri luat de către stat cu rol de sprijinire a natalităţii vor determina în continuare nivele supraunitare a indicatorului de reproducere brută .

19oo	- 2,55
193o	- 2,14
195o	- 1,9o
196o	- 1,13
197o	- 1,4o
1979	- 1,21

2.2.2. Comportamentul demografic,nupţialitatea, divorţurile şi avorturile

Prin comportament demografic se înţelege atitudinea unei perechi faţă de propria-i reproducere, faţă de dimensiunea familiei sale (faţă de numărul de urmaşi). Comportamentul demografic natural este caracteristic unei perechi care nu aplică metode de limitare a naşterilor. Comportamentul demografic conştient este asociat unei perechi care aplică metode contraceptive sau abortive de planificare a familiei în vederea determinării numărului final de urmaşi şi a eşalonării acestora. Iar prin planificarea familiei se înţelege stabilirea conştientă, de către o pereche, a numărului de urmaşi şi a eşalonării lor în timp .

In condiţionarea comportamentului demografic unul din cei mai importanţi din complexul de factori, ce-l stabilesc şi-l aplică, este familia. Ca urmare nivelul reproducerii brute şi evoluţia lui diferă de la o populaţie la alta şi în raport de :

- vîrsta la căsătorie (precocitatea căsătoriei) ;
- mărimea contingentelor în vîrstă de a se căsători (a contingentelor nupţiabile) şi nivelul nupţialităţii ;
- durata căsătoriei şi absenţa desfacerii ei (absenţa divorţului) ;
- practica contraceptivă şi abortivă pentru spaţierea sau limitarea naşterilor .

In R.S.România, în 1972, vîrsta medie a femeilor la căsătorie a fost de 22,4 ani, mai tînără cu aproape patru ani decît a soţului. Pentru ambele sexe, în rural, căsătoria avea loc mai precoce decît în urban . Este tendinţa ca femeile tinere să se căsătorească mai tîrziu (tabel 15), ceea ce conduce la micşorarea duratei fertilităţii matrimoniale.Căsătoria se înregistrează la starea civilă, iar nivelul acestui fenomen demografic(al căsătoriei)se apreciază prin raportarea numărului de

	1972	
	soţul	soţia
Intravilan	26,2	22,4 ani
Urban	26,7	23,3
Suburban	25,2	21,3
Rural	25,8	21,7

perechi căsătorite într-un an la 1000 locuitori .

Tabel nr.15.- Distribuţia căsătoriilor după vîrsta femeii în R.S.R.

	1960	1979
- sub 20 ani	33,2	30,2 ‰
- 20 - 24	38,6	44,1
- 25 - 29	13,5	12,7
- 30 - 34	6,0	4,4
- 35 - 39	3,5	2,4
- 40 - 44	1,6	2,0
- 45 - 49	1,5	1,6
- 50 - 54	0,9	1,1
- 55 - 59	0,5	0,7
- 60 + ...	0,5	0,7

$$\text{Nupţialitatea} = \frac{\text{Nr.căsătorii - 1980}}{\text{Populaţie 1.VII}} \times 1000$$

In ultimii ani nupţialitatea din ţara noastră are nivele în jur de 9 ‰ pe an cu valori mai mari în urban (tabel nr.16) . Cei ce s-au căsătorit în 1979 provin 89 % la femei şi 87 % la bărbaţi din necăsătoriţi .

Tabelul nr.16. - Nupţialitatea în România pe medii

	Intrunit	urban	rural
1930	9,4	8,2	9,8 ‰
1950	11,7	12,8	11,3
1976	9,1	12,4	6,6
1979	9,4	11,4	6,9

Desfacerea căsătoriei (divorţul) ca fenomen demografic se apreciază prin raportarea numărului de divorţuri dintr-un an la 1000 locuitori .

$$\text{Divorţialitatea} = \frac{\text{Nr.divorţuri}}{\text{Populaţia}} \times 1000$$

După o perioadă de creştere în anii 1957 - 1966, cînd aveau nivele de aproximativ 2 ‰, a urmat nivele reduse (0,2 - 0,4 ‰), ca în ultimii ani să aibă tendinţa la frecvenţe mai mari (1979 = 1,63 ‰) .

AVORTURILE , prin numărul, accidentele şi complicaţiile lor constituie în multe ţări de pe glob o importantă problemă demografică şi de sănătate a femeilor.

In general, în teritoriile în care practica contraceptivă (ce evită sarcina) este frecventă şi variată, frecvenţa avorturilor (ce întrerup sarcina) este scăzută şi invers. Teritoriile cu natalitate scăzută şi în care politica demografică vizează creşterea numărului de locuitori au o frecvenţă mai ridicată a avorturilor în situaţia unei practici restrînse a contracepţiei .

După definiţia experţilor ONU, avortul este produsul de concepţie expulsat sau extras din corpul mamei în primele 28 săptămîni de sarcină fără să fi avut vreun semn de viaţă . Stabilirea celor 28 săptămîni de gestaţie poate să utilizeze drept criteriu o greutate mai mică de 1000 gr sau o lungime sub 35 cm a fătului .

Avortul nu e supus înregistrării la starea civilă ci numai în serviciile medicale unde femeia primeşte asistenţă medicală, pe baza cărora se apreciază nivelul şi evoluţia fenomenului .

In ţara noastră după perioada liberalizării avorturilor din anii 1957-1966 (aprobată prin HCM 463/1957) ultimile reglementări (decret 77o/1966 şi legea 3/1978) stabilesc că întreruperea cursului sarcinii este interzisă. Prevederile decretului 77o/1966 stabilesc excepţiile în care comisia medicală teritorială poate aproba întreruperea cursului sarcinii numai în primele 3 luni de sarcină (dacă sarcina pune în pericol viaţa femeii, vîrsta femeii de 4o ani şi mai mult[x)], 4 copii în îngrijire, invalidităţi grave ale femeii, unui din părinţi suferă de o boală gravă transmisibilă ereditar, viol şi incest) .

In scop didactic şi în analizele fenomenului, clasificarea avorturilor din Dicţionarul Statistic economic (1969) le grupează în :

a) avort spontan, cînd eliminarea produsului de concepţie se face involuntar (reprezintă boala abortivă cu o cauzalitate medico-biologică) ;

b) avortul provocat, cînd eliminarea se face voluntar :

- legal (aprobat de comisia medicală instituită prin reglementări);
- ilegal (neaprobat) prealabil de comisia medicală, ce poate fi autoprovocat sau provocat de o altă persoană .

Clasificaţia curentă folosită azi în serviciile medicale grupează avorturile în :

- avorturi aprobate de comisia medicală (provocate legal) ;
- avorturi incomplete ce cuprind avorturile provocate ilegal şi cele datorită bolii abortive .

In perioada liberalizării avorturilor (1957 - 1966) numărul avorturilor (înregistrate în serviciile medicale) a crescut iar numărul născuţilor vii a scăzut. In ultimii ani numărul avorturilor de toate cauzele tinde să egalizeze numărul născuţilor vii .

	R o m â n i a	
	născuţi vii	total avorturi
1958 -	391.ooo	129.ooo
1965 -	278.ooo	1.115.ooo
1979 -	41o.6oo	4o4.ooo

Metodologia de apreciere a frecvenţei avorturilor foloseşte tehnicile de calcul ale fertilităţii feminine. Ele raportează numărul total al avorturilor la looo femei în vîrstă 15 - 49 ani. Cu această tehnică se poate aprecia nivelul avorturilor pe cauze, vîrsta femeii, medii şi se poate compara cu nivelul fertilităţii feminine. Astfel în perioada 1967 - 1979 nivelul fertilităţii generale scade iar frecvenţa generală a avorturilor creşte (tabel 17). Distribuţia avorturilor după vîrsta femeii arată frecvenţe mai mari între 25 şi 34 ani, iar după vîrsta de 25 ani numărul este mai mare decît al născuţilor vii .

$$\text{frecvenţa generală a avorturilor} = \frac{\text{Nr. avorturi în 198o}}{F_{15-49 ani}} \times \text{looo}$$

x). Decret 53/1972

Tabel nr.17 .- Fertilitatea şi frecvenţa avorturilor în România - 1967 şi 1979 - (la 1000 femei 15 - 49 ani)

	1967	1979
- fertilitatea generală	106	77 ‰
- frecvenţa gen.a avorturilor	39	75
din care :		
- frecvenţa avorturilor incomplete (ilegale + boala abortivă)	29	36

Din totalul avorturilor 47,4 % în 1979 sînt reprezentate de avorturile incomplete iar restul constituie avorturile aprobate de către comisiile medicale teritoriale pentru cauzele stipulate în prevederile decretului 770/1966 (tabel 18) .

Bolile mai frecvente pentru care s-a aprobat întreruperea cursului sarcinii sînt : boli ale sarcinii, boli cardio-vasculare, boli psihice, boli metabolice şi alergice ş.a.

Implicaţiile avorturilor pot fi grupate în :

- sociale ? reduc numărul naşterilor şi dimensiunea familiei
- economice : absenteism din producţia socială, cheltuieli din bugetul statului pentru îngrijiri medicale în serviciile ambulatorii şi spitaliceşti ;
- psihologice : deformează comportamentul demografic normal ;
- personale : produc îmbolnăviri generale sau ale aparatului de reproducere al femeii, produc sterilitate secundară şi mortalitatea maternă .

Tabel nr. 18 .- Cauzele medicale ale avorturilor în Romania - 1980 (la 100 din total avorturi)

- avortul incomplet	47,2 %
- 4 copii în îngrijire	36,1
- vîrsta 40 ani şi peste	8,6
- sarcina pune în pericol viaţa femeii . . .	5,9
- invalidităţi grave ale femeii	1,1
- unul din părinţi suferă de o boală gravă transmisibilă ereditar	0,9

Prevederile legii 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei (art.93 şi 94) obligă "unităţile şi personalul sanitar să desfăşoare o activitate de educaţie sanitară care să conducă la formarea unei opinii favorabile creşterii natalităţii" "să desfăşoare acţiunile de ordin educativ şi medical pentru pregătirea tinerilor în vederea întemeierii familiei şi asigurării unui comportament demografic favorabil naşterii şi creşterii unui număr sporit de copii". Conform aceleiaşi legiferări, unităţile sanitare au obligaţia " să efectueze examenul medical în vederea

căsătoriei şi, potrivit legii, să elibereze certificatele prenupţiale; să aplice toate măsurile de ordin medical pentru combaterea sterilităţii şi infertilităţii " .

De asemenea, " în acţiunea de apărare a sănătăţii familiei, medicii, întregul personal sanitar, trebuie să acorde o atenţie deosebită întăririi sănătăţii femeii ..." .

In realizarea acestora, date fiind importantele funcţii ale familiei (biologică, socială, economică, educativă, psihologică) pentru individ şi societate programele sanitare teritoriale necesită a fi centrate începînd cu cunoaşterea şi rezolvarea sănătăţii familiei .

8

2.2.3. MORTALITATEA

In acelaş cadru al dinamicii demografice, mortalitatea produce micşorarea numărului locuitorilor de toate vîrstele şi, ca fenomen demografic, reprezintă suma evenimentelor (deceselor) dintr-o perioadă de timp raportată la populaţie. Evenimentul demografic este decesul care a fost definit astfel de experţii ONU[x]: "dispariţia definitivă a oricărei evidenţe a vieţii, în orice moment de timp, după ce a avut loc naşterea vie (încetarea post natală a funcţiilor vitale fără posibilitate de resuscitare) ". Termenul de moarte are însă sens mai general şi se referă la dispariţia semnelor de viaţă independent de momentul sau starea de naştere. Ca urmare cuprinde atît moartea antenatală (ca rezultat, avortul şi născutul mort) cît şi moartea post natală ce se identifică cu decesul. In demografie, ca principiu, un eveniment demografic nu se poate produce fără să fi avut loc un alt eveniment demografic. Ca exemple : decesul urmează născutului viu, divorţul urmează căsătoriei etc.

2.2.3.1. Mortalitatea generală, mortalitatea şi letalitatea pe vîrste şi cauze medicale

Aprecierea nivelului anual al acestui fenomen demografic se face cu indicatorul brut de mortalitate (mortalitatea generală) raportînd numărul deceselor

$$\text{Mortalitate gen.} = \boxed{\frac{\text{Decese 198e}}{\text{P. 1.VII.}} \times 1000} \quad \left[\frac{365}{?}\right]$$

(de toate vîrstele şi cauzele) ce au avut loc într-un an calendaristic la 1000 loc. de la 1 iulie, ca populaţie mediană anuală din care a provenit decesul. Se identifică astfel cel de al doilea principiu în demografie, şi anume: un eveniment (demografic) provine dintr-o populaţie ce-l deţine, numită populaţie supusă riscului de a suporta acel eveniment .

Cînd este necesar să calculăm nivelul mortalităţii generale pentru perioade mai scurte decît un an (1,2,5 etc. luni) se corectează cu raportul :numărul

---

x) ONU- Principles and Recomandations for a Vital Statistics System , in Statistical Papers", Series M nr.19, Rev.1, N.Y., 1973

zilelor dintr-un an/numărul zilelor din perioada calculată).

Nivelul mortalității generale poate varia între 5 și 4o decese p.1ooo loc. (în situații extreme de nivel de trai și de asistență medicală). In prezent mor anual pe glob aproximativ 5o milioane persoane cu variații - ca indicator brut - între 7‰ (Japonia) și 24 ‰ (Namibia) . Pe glob, mortalitatea generală a fost de 12,7 ‰.(în perioada 197o-1975), mai mică în regiunile dezvoltate economic și mai mare în teritoriile în curs de dezvoltare (tabel 19) .

Tabel nr.19. Mortalitatea generală pe glob x)

	197o-1975	1995-2ooo
. Total mondial	12,7	8,8 ‰
reg.dezvoltate	9,2	9,9
reg.în dezvolt.	14,2	8,6
- URSS	7,9	9,4
- America Latină	9,2	5,6
- America de Nord	9,3	9,8
- Oceania	9,4	8,o
- Asia Est	9,8	7,7
- Europa	1o,4	1o,5
- Asia Sud	16,5	8,9
- Africa	19,9	11,3

Pînă către mijlocul secolului 19, în țările de astăzi dezvoltate economic, nivelul mortalității pe glob a fost de 35-4o ‰.Odată cu industrializarea și urbanizarea, însoțite de îmbunătățirea nivelului de trai mortalitatea generală a scăzut pînă după cel de-al doilea război mondial. In ultimul deceniu, datorită creșterii ponderii populației vîrstnice - cu un risc mai mare de deces - nivelul mortalității are tendință de creștere. In actualele țări în curs de dezvoltare acest proces are loc într-o perioadă următoare mai scurtă, ceea ce va imprima și tendința de scădere a nivelului de mortalitate pe întregul glob pînă către sfîrșitul acestui secol (tabel 19) .

Nivelurile mari ale mortalității generale în România de 19-2o‰ pînă în 194o (fig.4), au început să scadă după cel de al doilea război mondial, cu rata de scădere cea mai pronunțată în perioada 1948 - 1955 cînd a ajuns la valori sub 1o ‰. In ultimul deceniu nivelul are o discretă tendință de creștere, concomitent cu creșterea ponderii vîrstnicilor în populație (fig.4, tabel 7) .

Cu toată importanta scădere, mediul rural are încă nivele mai mari de mortalitate specifică decît urbanul.(tabel 2o). Diferențele sînt determinate de variațiile de nivel de trai, de structura pe grupe de vîrstă și de asigurarea cu asistență medicală, aspect existînd în majoritatea teritoriilor de pe glob.

Tabel 2o.- Mortalitatea generală în România, pe medii

	Intrunit	Urban	Rural
193o -	19,3	17,7	19,7 ‰
194o -	18,9	17,2	19,4
1955 -	9,7	7,9	1o,3
197o -	9,5	8,3	1o,4
1979 -	1o,1	8,4	11,2

Sexul masculin are un nivel de mortalitate specifică mai mare decît sexul feminin, începînd cu primul an de viață (M = 1o,4 și F = 9,3 ‰ în 1979) .

x) Conf.Mondială a Populației, București 1974 - E/CONF.6o/CBP/14,15, ONU.

Scanned with OKEN Scanner

In profil teritorial, diferenţele între judeţe sînt inverse ca la natalitate. Astfel în 1979, judeţele cu o mortalitate ridicată (Arad - 14,1‰, Timiş -12,4 ‰, Caraş-Severin - 12,2 ‰) şi cu o pondere ridicată de vîrstnici - au şi nivelele cele mai mici de natalitate .

Mortalitatea şi letalitatea populaţiei pe vîrste

Mortalitatea, ca şi celelalte fenomene demografice sau de morbiditate, variază ca intensitate în raport cu vîrsta. Aprecierea intensităţii (nivelului) mortalităţii pe vîrste se face cu ajutorul indicatorului de mortalitate specifică pentru o vîrstă sau o grupă de vîrstă, de ex :

$$\text{Mort.specif., 60-64 ani} = \frac{\text{Decese în vîrstă 60-64 ani}}{\text{Populaţia în vîrstă 60-64 ani}} \times 1000$$

Analiza distribuţiei mortalităţii specifice pe vîrstă (tabel nr.21) arată că aceasta are nivele mai mari la vîrstele marginale (în primii ani de viaţă şi la vîrstele avansate) iar nivelele cele mai mici la vîrstele adulte (tabel 21). In cadrul scăderii mortalităţii se constată tendinţa favorabilă de reducere mai ales a mortalităţii din primii ani de viaţă şi de trimitere a nivelelor mari ale mortalităţii către vîrstele avansate , 80 -100 ani (tabel 21) .-

Tabel nr.21. Mortalitatea specifică pe grupe de vîrstă în România -1956 şi 1975

	1956	1975
Total	9,9	9,9 ‰
0 - 4 ani	22,9	7,9
5 - 9	1,1	0,6
10 -14	0,9	0,4
15 -19	1,2	0,8
20 -24	1,7	1,1
25 -29	1,8	1,3
30 -34	2,2	1,6
35 -39	2,7	2,3
40 -44	3,6	3,5
45 -49	5,5	5,2
50 -54	8,7	7,9
55 -59	13,4	11,7
60 -64	21,6	18,7
65 -69	36,3	28,7
70 -74	60,7	48,4
75 -79	95,1	80,6
80 -84	149,3	147,2
85 +	222,1	241,7

In absenţa populaţiei pe vîrste sau grupe de vîrstă, necesară calculului de mortalitate specifică pe vîrste, se apelează la indicatorul de letalitate. Ca indicator de structură el ne arată ponderea (greutatea specifică) a unei părţi în totalul fenomenului aducîndu-ne importante informaţii complementare. Astfel, letalitatea pentru grupa de vîrstă 60 - 64 ani se calculează astfel :

$$\text{Letalitatea 60 - 64 ani} = \frac{\text{Decese 60-64 ani}}{\text{Decese toate vîrstele}} \times 100$$

Calculul ponderii mortalităţii din primul an de viaţă în cadrul mortalităţii generale cu această tehnică la intervale diferite pentru ţara noastră arată

1930 - 31,0 %
1979 - 6,0

că în 1930 mortalitatea primului an avea o greutate specifică de 31 %, iar în 1979 ea reprezintă 6 decese din 100 decese de toate vîrstele .

Scanned with OKEN Scanner

Mortalitatea şi letalitatea după cauza medicală a decesului

Mortalitatea se studiază pe baza înregistrării totale şi continui a decese-lor şi pe baza cauzelor de boală, a vîrstei, sexului etc. înscrise în certificatul constatator de deces. Conform art.183 din Legea 3/1978 "decesul unei persoane sau faptul că copilul s-a născut mort se constată şi se certifică de medic, cu excepţia cazurilor în care, potrivit legii, constatarea se poate face de alte organe". Completarea şi eliberarea certificatului constatator de deces se face în primele 24 ore de la producerea evenimentului de către medicul ce a îngrijit bolnavul în spital sau de medicul circumscripţiei sanitare teritoriale, cînd decesul a avut loc la domiciliu. Decesul, ca eveniment demografic, are înregistrarea obligatorie la starea civilă a teritoriului unde a avut loc. Declararea la starea civilă se face de către familie, pe baza certificatului constatator de deces eliberat de medic, în termen de trei zile de la producerea decesului .

Decesul se produce datorită unei boli, traumatism sau otrăviri, el este finalul acestora. Acestea se înscriu de medic în certificatul constatator de deces, formular recomandat de ONU şi OMS [x] pentru a exista posibilitatea comparării între ţări a datelor. In afara datelor de identitate şi socio-economice, certificatul medical a cauzei de deces, conţine două părţi :

I. Cauze propriu zise ale morţii :

a) Cauza directă: starea morbidă finală dinaintea decesului, corespunzătoare stării grave ce a determinat moartea ;

b) Cauza intermediară ;

c) Cauza iniţială : boala sau traumatismul ce a declanşat succesiunea de fenomene morbide şi care au dus la deces sau care prin ea însăşi a dus la deces (sau împrejurările accidentului ori violenţei ce au antrenat traumatismul mortal).

II. Alte stări importante ce au contribuit la deces (ce au influenţat defavorabil evoluţia procesului morbid) .

Studiul mortalităţii pe boli sau clase de boli pentru populaţia unui teritoriu se face prin raportarea numărului deceselor de aceiaşi boală (de vîrsta 0 - 100 ani) dintr-un an la 100.000 loc. din teritoriul respectiv :

$$\text{Mortalitatea specifică prin boli ap.circulator în anul 1980} = \frac{\text{Nr.decese prin boli ap. circulator din 1980}}{\overline{P}} \times 100.000$$

Tabloul cauzelor de mortalitate din România arată că pentru 1979 pe primele locuri sînt bolile aparatului circulator, tumorile ,bolile aparatului respirator, accidentele, otrăvirile şi traumatismele (asemănător ţărilor dezvoltate

---

x) A IX-a revizie OMS a Clasificaţiei Statistice Internaţionale a bolilor, traumatismelor şi cauzelor de deces - Geneva ,1979 .

economic cu excepţia bolilor respiratorii), urmate de : bolile digestive, bolile genito-urinare, tulburările mintale - boli sistem nervos şi organe simţ, cauze ale mortalităţii perinatale cu 644,7 decese la 100.000 născuţi vii, anomaliile congenitale, bolile infecţioase, bolile endocrine, nutriţie şi de metabolism, tuberculoza ş.a. (tabel 22) .

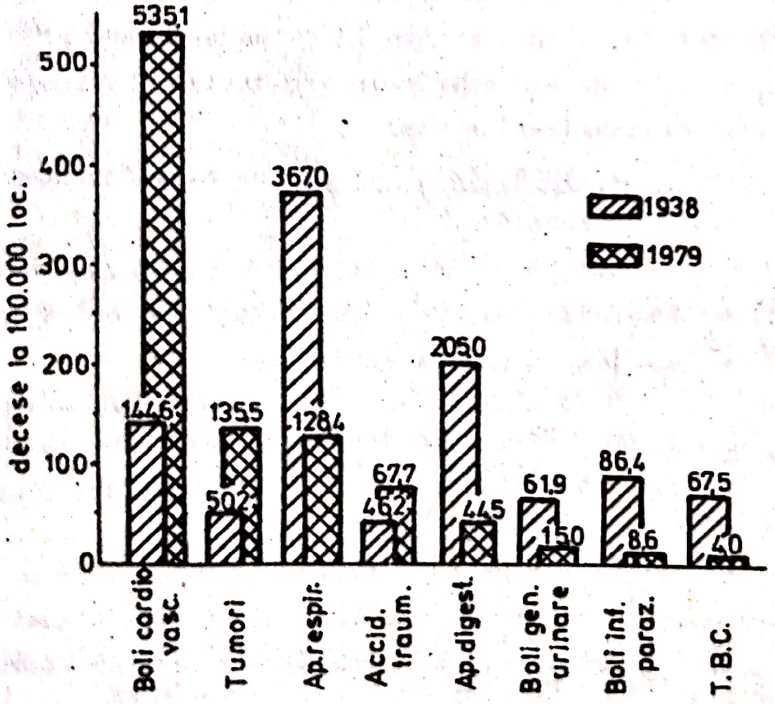
Tabel 22. Mortalitatea specifică şi letalitatea pe cauze în România-1979

	la 100.000 loc.	La 100 din total
1. Boli ap.circulator	535,1	54,3
2. Tumori	135,5	13,7
3. Boli ap.respirator	128,4	13,0
4. Accid.otrăviri,traum.	67,7	6,9
5. Boli ap.digestiv	44,5	4,5
6. Boli genito-urinare	15,0	1,5
7. Tulb.mintale,boli sist. nervos şi org.simţ	13,5	1,4
8. Cauze ale mort.perinat.	12,0	1,2
9. Anomalii congenit.	10,0	1,0
10. Boli infecto-parazit. (fără tbc şi sifilis)	8,6	0,9
11. Boli endoc.,nutriţie şi metabolism	6,5	0,7
12. Tuberculoza	4,0	0,4

In urmă cu 40 ani mortalitatea populaţiei era produsă mai ales de bolile respiratorii, digestive, tuberculoza, bolile infecto parazitare ca - racteristice ţărilor subdezvoltate de astăzi.(fig.5) .

In perioada comparată a fost redusă mortalitatea prin boli digestive, respiratorii, tuberculoza şi boli infectoparazitare şi a crescut mortalitatea prin boli aparat circulator, tumori şi accidente. (fig.5). Schimbările produse în tabloul mortalităţii generale au contribuit la reducerea nivelului mortalităţii generale şi arată nu numai tendinţa nivelelor fiecărei boli ci şi problematica de sănătate a populaţiei pentru fiecare etapă. In comparaţia între marile regiuni teritoriale sau între mari durate de timp se foloseşte o grupare a mortalităţii (în raport de predominenţa bolilor cronice sau a bolilor infectoparazitare) în trei tipuri :

Fig.5- Mortalitatea specifică pe cîteva cauze în România 1938 şi 1979



- evoluat : cu predominenţa bolilor aparatului circulator, tumorilor, etc. aşa cum se întîlneşte în ţările dezvoltate economic ;
- primar : în care predomină bolile infectoparazitare, bolile respiratorii şi bolile digestive, ce le găsim astăzi în tabloul mortalităţii din ţările în curs de dezvoltare ;
- de tranziţie : unde sînt prezente cu nivele ridicate atît bolile cronice degenerative cît şi boli din tipul primar .

După această tipologie mortalitatea din ţara noastră are tip de tranziţie către evoluat .

Pentru cunoaşterea ponderii bolilor sau claselor de boli în mortalitatea generală a populaţiei se calculează letalitatea de o boală după formula :

$$\text{letalitatea prin boli ap.circulator în 198o} = \frac{\text{Decese prin boli ap. circulator în 198o}}{\text{Decese de toate bolile}} \times 1oo$$

Aceasta ne arată, de ex. că primele trei cauze de deces (bolile ap.circulator, tumorile şi bolile respiratorii) participă cu 81,e % în mortalitatea din 1979 din România (tabel 22) .

Cu ajutorul tehniciler prezentate mai sus se poate calcula mortalitatea specifică şi letalitatea pe boli numai la o grupă de vîrstă într-un an calendaristic .

2.2.3.2. Mortalitatea infantilă

Este mortalitatea copiilor în primul an de viaţă. Ca fenomen într-o populaţie teritorială ea ne arată intensitatea deceselor copiilor pînă la prima lor aniversare în rîndul născuţilor vii. Este considerat ca unul dintre cei mai sensibili indicatori ai nivelului de trai, ai stării de sănătate a populaţiei şi ai eficienţei întregului sistem de asistenţă medicală .

Tehnica uzuală de calcul a nivelului mortalităţii infantile pentru un an calendaristic raportează numărul deceselor sub un an ce-au avut loc într-un an calendaristic la 1ooo născuţi vii din acelaş an calendaristic .

Intrucît în anul de calcul sînt decedaţi sub un an ce aparţin născuţilor vii din anul precedent pentru rezultate corecte formula de calcul se corectează la numitor punînd proporţional născuţii vii (din 1979 şi 198o) cu decesele sub un an de la numărător .

$$\text{Mort.inf.198o} = \frac{\text{Decedaţi sub 1 an în 198o}}{\text{Născuţi vii în 198o}} \times 1ooo$$

$$\text{Mort.inf.corectată 198o} = \frac{\text{Decedaţi sub 1 an în 198o (1/4 din născuţii vii ai anului 1979 şi 3/4 din n.vii ai anului 198o)}}{\text{Născuţii vii : 1/4 din 1979 + 3/4 din 198o}} \times 1ooo$$

Pentru aprecierea nivelului mortalităţii infantile pe o lună calendaristică se foloseşte în mod obişnuit următoarea formulă de calcul :

$$\text{Mort.inf.pe luna oct.198o} = \frac{\text{decedaţi sub 1 an în luna oct. 198o}}{\text{născuţi vii în luna oct.198o}} \times 1000$$

Rezultatele obţinute se compară cu lunile anterioare din acelaş an şi cu aceleaşi luni din anii anteriori .

$$\text{Mort.inf.corectată pentru luna oct.198o} = \frac{\text{decedaţi sub 1 an în luna oct.198o}}{\text{media născuţilor vii pe ultimele 13 luni (oct.979 - oct.98o)}} \times 1000$$

Pentru a evita variaţiile nivelului lunar al mortalităţii infantile datorită variaţiei lunare a numărului de născuţi vii, formula de mai înainte se corectează prin înscrierea la numitor a mediei născuţilor vii pe ultimele 13 luni .

Nivelul mortalităţii infantile are mari variaţii pe glob : nivele scăzute (1o - 4o %o) în Europa, America de Nord şi Oceania şi nivele foarte ridicate (15o - 3oo%o) în Africa, Asia de Sud şi America Latină. Cu rare excepţii, în toate zonele de pe glob mortalitatea infantilă are tendinţă la scădere, cu rate variabile în raport de nivelul la care se găseşte şi cu condiţiile social-economice .

In Europa [x], unde s-a înregistrat - în ultimul sfert de secol - o scădere în toate ţările, mai ales pe seama mortalităţii postneonatale, are în prezent nivele ce variază între 7,8 %o în Suedia şi 38,9 %o în Portugalia (tabel 23). Tara noastră continuă să aibă nivele rădicate însă rata de scădere obţinută a fost mai favorabilă decît în alte ţări . (tabel 23) .

Tabel 23. Mortalitatea infantilă în unele ţări din Europa - 195o şi 1978

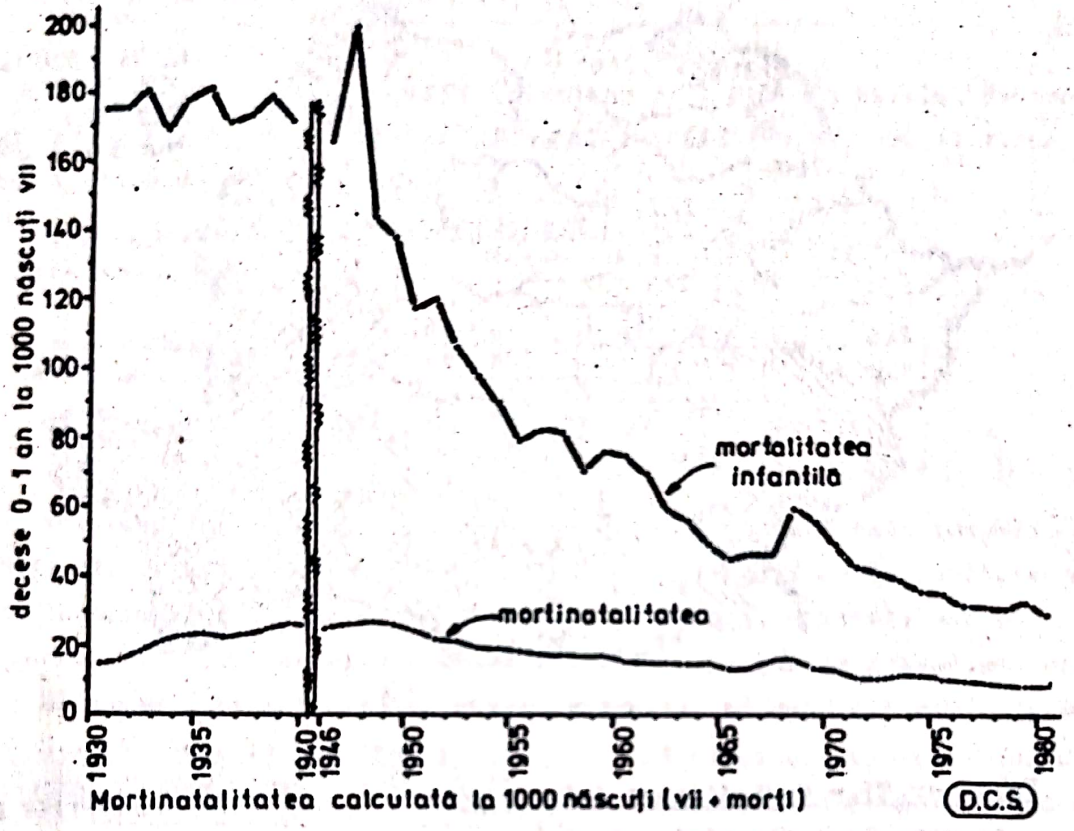
	195o	1978
Austria	66,1	16,8 %o
Bulgaria	94,5	21,8
Cehoslovacia	77,7	18,7
Franţa	52,o	1o,6
R.D.Germană	72,2	13,2
Italia	63,8	17,7 (1977)
Iugoslavia	118,4	33,6
Olanda	25,2	9,6
Polonia	111,2	22,5
Portugalia	94,1	38,9
Romania	116,7	3o,3
Suedia	21,o	7,8
Ungaria	85,7	24,4
URSS	81,o	3o,7 (1977)

Mortalitatea infantilă din România avea nivele foarte crescute pînă în 1947 (între 175 şi 2oo %o). Intre perioada 1948-1955 înregistrează o importantă scădere (78,2 %o în 1955) datorită noilor condiţii social-economice creiate şi măsurilor luate de stat pentru ocrotirea şi asistenţa mamei şi copilului.In perioada următoare scăderea a continuat cu o rată mai redusă (44,1 %o în 1965), iar după o creştere, în 1968 şi 1969, scă-

x) Ann.de Statistiques sanit.mondiales - OMS.

deren este mai lentă cu nivele ce oscilează - în ultimii ani - în jurul valorii de 3o ‰ (31,6 ‰ în 1979 şi 29,1 ‰ în 198o)- Fig. nr. 6 .-

Fig.6.- MORTALITATEA INFANTILA SI MORTINATALITATEA IN R.S.ROMANIA 1930-1980



Cu toată scăderea deosebită din ultimii 3o ani, nivelul ei nu concordă cu stadiul de dezvoltare social-economică şi nici cu gradul de asigurare cu servicii şi cadre medicale din ţara noastră. De aceea ea continuă să rămînă problemă cu prioritate absolută în programele noastre sanitare .

Cu excepţia a puţine ţări (Regatul Unit, Irlanda de Nord, Ungaria), indiferent de gradul de dezvoltare, mortalitatea infantilă are nivele mai mari în rural. Cu toată reducerea importantă a mortalităţii infantile, acest decalaj există şi în România. (tabel 24) .

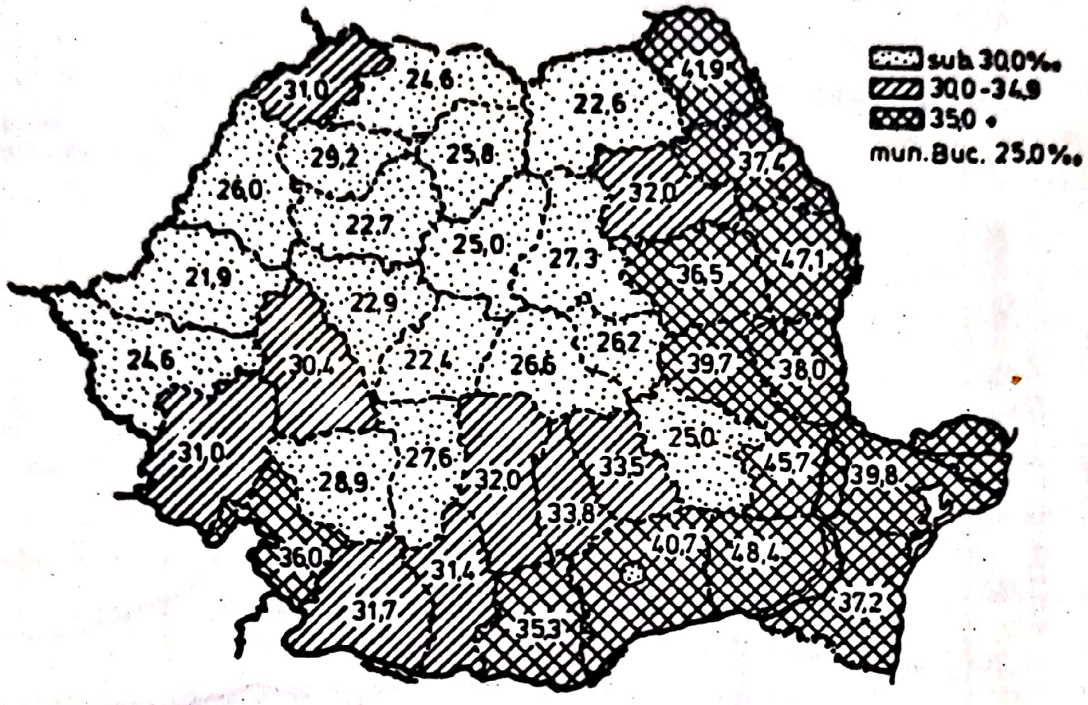
Tabel 24. Mortalitatea infantilă pe medii în Romania 193o-1979

	Intrunit	Urban	Rural
193o -	175,6	178,8	175,7‰
195o -	116,7	112,2	117,7
196o -	74,6	67,5	76,9
197o -	49,4	46,4	51,2
1979 -	31,6	26,7	35,9

Variaţiile ei pe judeţe în 1979 sînt cuprinse între 48,4 ‰ în judeţul Ialomiţa, 47,1 în judeţul Vaslui şi 21,9 în judeţul Arad, 22,4 în judeţul Sibiu, 22,6 în judeţul Suceava, nivelurile fiind mai mici în teriteriile nord-vestice şi mai mari în cele estice şi din sudul

țării (fig. nr. 7) . Indiferent de gradul de dezvoltare a țării sexul masculin are o supramortalitate infantilă (tabel nr.25) datorită unui complex de factori prezentați la 2.1.4.

Fig. 7. MORTALITATEA INFANTILA IN ROMANIA PE JUDETE, 1 9 7 9



R.S.R.= 31,6 ‰

Tabel nr.25.- Mortalitatea infantilă pe sexe în unele țări - 1978 x)

	M.	F.
- Austria	17,2	12,7 ‰
- Bulgaria	27,5	2e,3
- Ungaria	27,6	21,e
- Polonia	25,8	19,e
- Suedia	8,8	6,6
- România	32,7	27,7

In afara aspectelor prezentate, în elaborarea programului sanitar al acestei priorități este necesară cunoașterea în principal a mortalității și letalității infantile pe vîrste, a factorilor ce condiționează valorile acestora etc.

Mortalitatea infantilă se studiază pe fiecare lună de viață dar în mod obișnuit pe următoarele grupe de vîrstă :

- prima săptămînă de viață (e-6 zile),denumită mortalitate precoce;
- prima lună de viață (e-28 zile),numită mortalitatea neonatală ;
- ultimile 11 luni de viață (29 zile - 1 an), numită mortalitatea postneonatală .

Tehnicile de calcul pentru acestea sînt :

- mortalitatea precoce 198e = $\frac{\text{decese e-6 zile în 198e}}{\text{Născuți vii în 198e}} \times 1000$

x) World health Statistics-1979-OMS

$$\text{mortalitatea neonatală 198o} = \frac{\text{decese o-28 zile în 198o}}{\text{născuţi vii în 198o}} \times 1000$$

$$\text{mortalitatea post neonatală 198o} = \frac{\text{Decese 29 zile-1 an 198o}}{\text{născuţii vii în 198o}} \times 1000$$

Pentru cunoaşterea ponderii deceselor pe vîrste în totalul deceselor din primul al de viaţă se calculează letalitatea infantilă pe luni de viaţă sau pe aceleaşi grupe de vîrstă :

$$\text{letalitatea infantilă precoce 198o} = \frac{\text{decese o-6 zile în 198o}}{\text{decese o-1 an în 198o}} \times 100$$

$$\text{letalitatea infantilă neonatală 198o} = \frac{\text{decese o-28 zile 198o}}{\text{decese o-1 an în 198o}} \times 100$$

$$\text{letalitatea infantilă postneonatală 198o} = \frac{\text{decese 29 zile-1 an 198o}}{\text{decese o-1 an în 198o}} \times 100$$

Distribuţia deceselor sub un an pe grupe de vîrstă este inegală, fieçare grupă de vîrstă avînd factori comuni dar şi particulari ce le condiţionează. In ţările în curs de dezvoltare, cu nivele mari la toate vîrstele sub un an, ponderea impertantă o are mortalitatea postneonatală. In ţările dezvoltate economic riscul de deces este mai mare cu cît vîrsta în primul an este mai mică. Prima lună de viaţă şi, în cadrul ei prima săptămînă, au deci mortalitatea şi letalitatea cea mai mare. Astfel în asemenea ţări letalitatea neonatală este de 7o %, iar letalitatea precoce de 6o % . (tabel 26). Tendinţa în toate teritoriile este ca o dată cu scăderea nivelului mortalităţii infantile ponderea pe vîrste să fie cu atît mai mică cu cît vîrsta este mai mare. In ţara noastră evoluţia şi structura pe vîrste are cîteva particularităţi în cadrul scăderii la toate vîrstele :

Tabel 26. Letalitatea precoce, neonatală şi postneonatală în unele ţări, pentru unul din anii 1975-1979

	Letalitatea precoce	neonatală	postneonatală
Austria	56,4	67,8	32,2 %
Bulgaria	33,3	48,3	51,7
Cehoslovacia	63,8	75,2	24,8
Polonia	5o,2	65,3	34,7
România	2o,3	35,4	64,6
Suedia	59,7	71,4	28,6
Ungaria	68,9	78,3	21,7
	Mortalitatea		
Austria	8,4	1o,1	4,8 %o
Bulgaria	8,o	11,6	12,4
Cehoslovacia	13,4	15,8	5,2
Polonia	11,3	14,7	7,8
România	6,4	11,2	2o,4
Suedia	4,6	5,5	2,2
Ungaria	16,8	19,1	5,3

- mortalitatea precoce are nivele comparabile cu ţările dezvoltate economic şi este în scădere (8,8 în 196o şi 6,4 %o în 1979) - tabel 26 şi 27 ;
- mortalitatea (2o,4 %o) şi letalitatea (64,6 %o) postneonatală în 1979 sînt încă foarte mari în comparaţie cu alte ţări (tabel 26 şi 27) ;

Scanned with OKEN Scanner

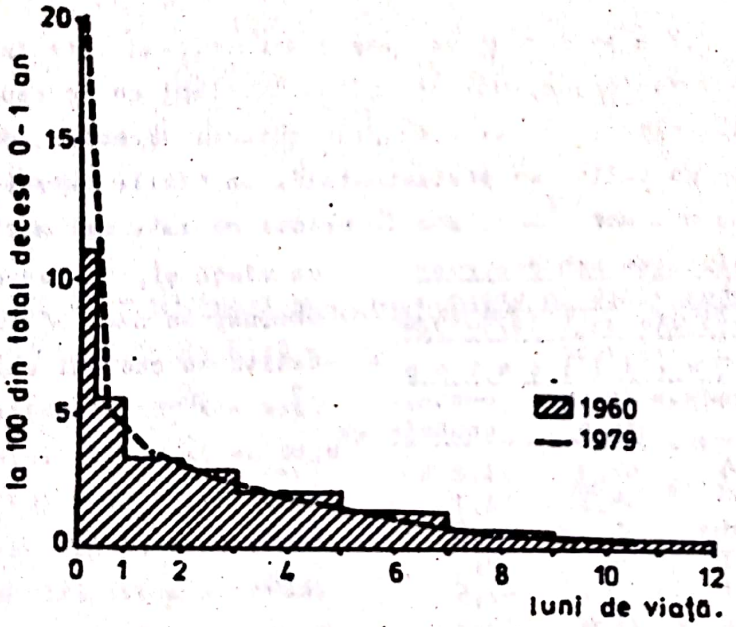
Tabel 27.- Mortalitatea şi letalitate infantilă pe grupe de vîrstă în România - 1960 - 1979

	Mortalitatea inf.		Letalitatea inf.	
	1960	1979	1960	1979
Total	74,6	31,6‰	1oo,o	1oo,o
sub 7 zile	8,8	6,4	11,6	2o,2
7 - 29 zile	12,4	4,8	16,3	15,2
1 lună	1o,3	4,4	13,5	13,8
2 luni	9,8	3,7	12,9	11,8
3 - 4 luni	15,1	6,o	2o,o	19,o
6 - 6	8,8	3,1	11,6	9,7
7 - 8	5,5	1,8	7,2	5,6
9 - 11	5,1	1,5	6,8	4,7

- în ultimii 2o ani, letalitatea pe vîrste are tendinţa de întinerire, letalitatea precoce crescînd de la 11,6‰ în 196o la 2o,2 ‰ în 1979 (tabel 27 şi fig.8) ;

- ponderea letalităţii în lunile 2 - 6 de viaţă are nivele mari, care constituie şi rezerva principală de scădere în continuare a întregii mortalităţi infantile.(fig.8).

Fig. 8.-Histograma letalităţii infantile pe grupe de vîrstă pentru R.S.România 1960 şi 1979



Aprecierea nivelului mortalităţii infantile pe cauze de boală pentru un an calendaristic se face cu formula :

$$\text{mortalit.infantilă boli ap.respirator 198o} = \frac{\text{Decese o - 1 an prin boli aparat respirator-198o}}{\text{nr.născuţi vii - 198o}} \times 1ooo$$

Iar a letalităţii infantile pe cauze de boală , cu :

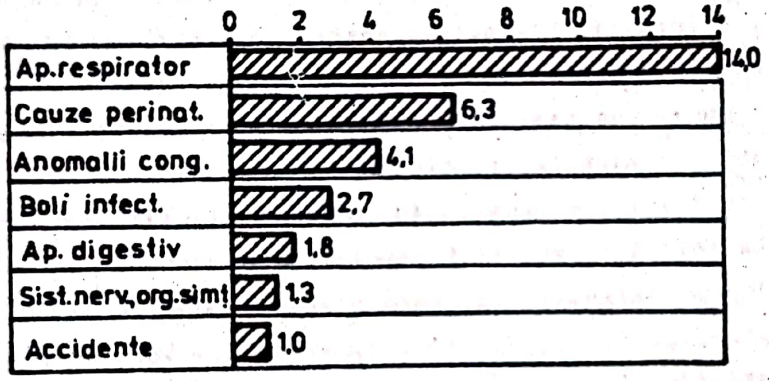
$$\text{letalitatea inf.boli ap.respirator 198o} = \frac{\text{Decese o-1 an prin boli aparat respirator-198o}}{\text{Decese o - 1 an prin toate cauzele - 198o}} \times 1oo$$

In comparaţie cu perioada de acum 3o - 4o ani, în ţările europene, pericolul infecţios şi alimentar în producerea mortalităţii infantile a scăzut, datorită însuşirii de către mamă a deprinderilor corecte de alimentaţie şi de îngrijire corectă a copilului cît şi datorită eficacităţii mijloacelor terapeutice şi creşterii eficienţei activităţii şi acţiunilor serviciilor medicale .

In anul 1979, cauzele de boală ale mortalităţii infantile din România, în ordinea contribuţiei lor au fost (fig. 9) ;

- bolile aparatului respirator, cu un nivel de 14,o ‰ şi o pondere de 44,3 % din decesele sub un an de toate cauzele. Un procent ridicat din aceşti decedaţi sînt prematuri şi distrofici ;
- cauze ale morbidităţii şi mortalităţii perinatale, cu o mortalitate de 6,3 ‰ şi o letalitate de 19,9 %. Se cuprind în această grupă : afecţiunile anoxemice, leziunile obstetricale, boala hemolitică a nou născutului, sclerema, pemfigusul nou născutului. Ele se produc în prima lună şi mai ales în prima săptămînă de viaţă ;

Fig. 9. - Principalele cauze de boala ale mortalităţii infantile în R.S.România - 1979 - la 1000 născuţi vii



- anomaliile congenitale, cu o mortalitate de 4,1 ‰ şi o letalitate de 13,o %. Peste jumătate din acestea se produc în prima lună de viaţă;
- bolile infecţioase şi parazitare, cu o mortalitate de 2,7 ‰ şi o letalitate de 8,5 %. (enterita şi alte boli diareice, dizenteria bacilară , septicemia etc., ce produc decese mai ales între II şi IV lună de viaţă) ;
- bolile aparatului digestiv, cu o mortalitate de 1,8 ‰ şi o pondere de 5,7 %, mai frecvente în lunile II - IV de viaţă şi la care prematurii şi distroficii au o pondere însemnată ;
- bolile sistemului nervos şi organelor de simţ (meningite, otite), cu o mortalitate de 1,3 ‰ şi o letalitate de 4,1 % (mai frecvente în lunile II - IV de viaţă) ;
- accidentele, otrăvirile şi intoxicaţiile, cu o mortalitate de 1,o ‰ şi o letalitate 3,2 % mai frecvente în mediul rural .

Factorii cu risc de deces în primul an de viaţă sînt numeroşi, frecvent asociaţi, ce potenţiază acţiunea lor. In scop didactic se pot grupa în :factori

cu acţiune predominent endogenă şi exogenă. x)

Factorii de risc de natură endogenă sînt transmişi copilului în momentul concepţiei (boli ereditare) sau de mamă în timpul sarcinii ori sînt generaţi în timpul naşterii. In această grupă sînt cuprinşi : vîrstele extreme ale mamei (sub 2o şi peste 35 ani), rangurile extreme ale naşterii (prima şi de la a 4-a naştere), boli ale mamei în perioada sarcinii (diabet, tbc, lues, boli cardio-vasculare, boli de sînge, viroze etc), unele medicamente folosite în timpul sarcinii, surmenajul, carenţe ale alimentaţiei, factorii obstetricali (toxe - mia gravidică, hemoragiile din ultimul trimestru de sarcină, operaţia cezariană), la care se adaugă vîrsta născutului (cu cît este mai mică, mortalitatea este mai mare), sexul (masculin are o supramortalitate), greutatea la naştere (cu cît este mai mică cu atît mortalitatea este mai mare). Prematuritatea, ca unul din cei mai importanţi factori favorizanţi, dă o mortalitate de 6-8 ori mai mare decît a născuţilor la termen, cu greutate normală (din loo decese sub un an 33,o % erau prematuri la naştere în ţara noastră , în 1979) . xx)

Factorii de risc de natură exogenă cuprind : factorii din mediul natural (fizici, chimici, climatici, sezonieri, geografici, biologici) şi factorii social-economici (condiţiile necorespunzătoare de locuit, greşeli în alimentaţia copilului, dezorganizarea familiei, disclimatul familial, nivel scăzut de instrucţie a mamei, etc). Distrofia, rezultantă a acţiunii factorilor de natură exogenă, intervine - ca tulburare cronică de nutriţie şi digestie - urmare a alimentaţiei incorecte sau/şi infecţiilor repetate - contribuie cu o pondere importantă la mortalitatea infantilă (în ţara noastră, 34,o %xx) din decesele sub un an au fost distrofici în 1979). Ponderea încă mare în ţara noastră a deceselor sub un an la domiciliu (21,5xx) din loo decese) şi a neasistaţilor de cadrele medicale şi medii pentru boala ce a dus la deces (18,6 xx) din loo decese sub un an în 1979) sînt alte cîteva aspecte utile în elaborarea programului teritorial de reducere a mortalităţii infantile. In realizarea acestei priorităţi din programul de sănătate a populaţiei, medicul circumscripţiei sanitare teritoriale (medicul familiei) şi celelalte eşaloane ale sistemului teritorial de asistenţă medicală au următoarele sarcini :

- depistarea precoce a gravidelor, supravegherea şi rezolvarea diferenţiată,cu participarea policlinicii şi spitalului,a celor cu risc crescut pentru mamă şi copil ;

- luarea precoce în evidenţă a sugarilor (din maternitate), supravegherea lor activă şi diferenţiată în raport cu factorii cu risc de îmbolnăvire şi deces ;

---

x) Corei V., Gorgos C.- Medicină Socială, Edit.Didactică şi Ped.- Bucureşti 198o pag.163

xx) Min.Sănătăţii - Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară-Buletin de Statistica sanitară, 4/198o .

- depistarea precoce a îmbolnăvirilor şi rezolvarea lor corectă, împreună cu policlinica şi spitalul ;

- educaţia sanitară a mamelor, începînd cu viitoarele mame, pentru realizarea alimentaţiei şi îngrijirii corecte a sugarului şi pentru creşterea adresabilităţii acestora la îngrijiri medicale preventive şi curative necesare copilului .

Eficienţa este mai mare cînd acţiunile şi activităţile sînt centrate în familia sugarului, unde factorii cu risc din mediul şi modul de viaţă constituie atît cauza cît şi rezolvarea majorităţii deceselor " evitabile " .

2.2.3.3. - Mortinatalitatea, mortalitatea perinatală şi mortalitatea maternă

Moartea produsului de concepţie în perioada de gestaţie (moartea antenatală sau moartea fetală) are o frecvenţă mai mare ca decesele născuţilor vii. Medical şi demografic i se disting morţii antenatale două perioade : <u>fetală precoce</u> (de la gestaţie pînă în 28 săptămîni) - în care se încadrează avortul şi <u>fetală tardivă</u> (de la 28 săptămîni pînă la naştere)- în care moartea produce evenimentul demografic născut mort (supus înregistrării la starea civilă) şi fenomenul demografic al mortinatalităţii. Deşi aceste fenomene (moartea fetală precoce şi tardivă) nu se încadrează în fenomenul mortalităţii, pentrucă decesul (ca dispariţie a semnelor de viaţă) urmează obligator stării de născut viu, ele sînt importante prin implicaţiile demografice, asupra sănătăţii şi prin poziţia lor vecină cu mortalitatea infantilă .

<u>Mortinatalitatea</u>, ca nivel, se apreciază cu formula (revizia IX-a OMS a clasificaţiei cauzelor de Îmbolnăvire şi deces - 1979) :

$$\text{Mortinat.}_{198o} = \frac{\text{Nr. născuţi morţi } 198o}{\text{Nr. naşteri (n.vii + n.morţi)}} \times 1000$$

Nivelul ei recent în Europa variază între 13,7‰ în Portugalia şi 4,9‰ în Suedia (tabel 28). România are nivele intermediare (9,1‰ în 1979) cu o constantă scădere în ultimii 40 ani (24,0 ‰ în 1938) - fig. 6 - .

<u>Tabel 28.- Mortinatalitatea, mortalitatea precoce şi mort. perinatală în unele ţări din Europa pentru unul din anii 1975-1979</u> x)

	Mortinat.	Mortalit. precoce	Mort. perinatală
Austria	6,5 ‰	8,4 ‰	14,9 ‰
Bulgaria	7,7	8,0	15,7
Cehoslovacia	6,4	13,4	19,8
Irlanda de Nord	12,0	9,1	21,1
Polonia	7,1	11,3	18,4
România	9,1	6,4	15,5
Suedia	4,9	4,6	9,5
Ungaria	8,0	16,8	24,8

Principalele cauze ale mortinatalităţii sînt : anomaliile placentei şi cordonului, bolile anexice, anomaliile congenitale ale fătului, patologia tardivă a sarcinii (toxemia, eclampsia şi distociile).

Datorită existenţei de factori cauzali comuni la mortinatalitate şi mortalitate infantilă precoce în practică se foloseşte un indicator ce le

x) World health Statistics - 1979, 198o - OMS

însumează pe amîndouă, denumit mortalitate perinatală, ce are următoarea tehnică de calcul (revizia IX OMS - 1979) :

$$\text{mortalit.perinatală - 1980 -} = \frac{\text{n.morți + decese 0-6 zile - 1982}}{\text{nr.naşteri (n.vii+n.morți)1982}} \times 1000$$

Nivelele ei actuale în Europa variază între 1o şi 25‰ (tabel 28), iar România (cu 15,5‰ în 1979) are o situaţie intermediară prin nivelele favorabile a componentelor sale (în cadrul cărora ponderea mortinatalit. este mai mare) .

Un alt fenomen legat de ocrotirea mamei este al mortalităţii materne x) prin complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lăuziei care se calculează cu formula (revizia IX-a OMS - 1979) :

$$\text{mortalit.maternă} = \frac{\text{Decese mamă în 1982}}{\text{Nr.naşteri(n.vii+n.morți) 1982}} \times 1000$$

Tabel 29.Mortalitatea maternă în unele ţări din Europa pentru unul din anii 1975-1978

- Bulgaria	o,35 ‰
- Cehoslovacia	o,88
- Iugoslavia	o,19
- Portugalia	o,43
- România	1,29
- Suedia	o,o6
- Ungaria	o,22

Nivelurile ei în Europa variază între o,o6 ‰ (Suedia) şi 1,3 ‰ (România în 1978), ţara noastră avînd valorile cele mai ridicate şi în producerea cărora avorturile provocate ilegal au o pondere importantă (Tabel 29) .

Importanţa mortalităţii :

- produce pierderi de vieţi omeneşti şi suferinţe umane ;
- reduce numărul populaţiei şi durata medie de viaţă (mai ales prin deces prematur) ;
- provoacă implicaţii sociale, economice, familiale şi psihologice ;
- nivelul,evoluţia şi variatele sale aspecte constituie singurul suport în elaborarea programelor sanitare şi în aprecierea eficienţei lor în absenţa cunoaşterii exacte a morbidităţii populaţiei şi un parametru al programelor social-economice teriteriale .

x) OMS defineşte mortalitatea maternă: "decesul unei femei în timpul sarcinii sau într-o perioadă de 42 zile după terminarea sa,oricare ar fi durata sau localizarea ei,prin orice cauză determinată sau agravată de sarcină sau de îngrijirile pe care le-a solicitat,dar nici accidentală,nici întîmplătoare". Deasemenea, OMS repartizează decesele materne în 2 grupe :
a) prin cauze obstetricale directe (care rezultă din complicaţiile obstetricale-sarcină,naştere,lăuzie-,din intervenţii,omisiuni,tratament incorect), care-la rîndul lor-se împart în: decese prin avort şi decese prin risc obstetrical(legate de factori biologici şi de asigurare cu asistenţă medicală);
b) prin cauze obstetricale indirecte,ce rezultă dintr-o boală preexistentă sau apărută în cursul sarcinii fără ca ea să fie datorată cauzelor obstetricale directe dar care a fost agravată prin efectele fiziologice ale sarcinii. OMS ia în considerare numai decesele materne prin cauze obstetricale directe .

2.2.4. Sporul natural,migrator şi total al populaţiei

Sporul natural (excedentul natural sau rata de creştere) este diferenţa dintre indicatorii bruţi ai natalităţii şi mortalităţii generale .

Sporul natural 1982 = Natalitatea- Mortalitatea generală .

In calcule cu valorile absolute se foloseşte formula :

$$\text{Spor nat.1982} = \frac{\text{Nr.născuţi vii-Nr.decese generale}}{\text{Populaţia la 1 iulie}} \times 1000$$

In 1982 în ţara noastră au fost 344.370 născuţi vii şi 224.120 decese, de unde rezultă un spor natural în valori absolute de 120.250 persoane sau în valori relative de 5,3 ‰ (15,3‰ natalitate şi 10,0‰ mortalitate generală.

Evoluţia sporului natural în ţara noastră a urmat dinamica celor două fenomene din care rezultă (fig. 4). De aproximativ 20 ani, de cînd mortalitatea are valori relativ stabile, nivelul sporului natural a fost determinat mai ales de variaţia nivelelor natalităţii. Sporul natural pe medii era mai mare în rural şi are în anii recenţi nivele mai mari în urban(tabel 30) datorită mortalităţii mai scăzute de la oraşe. Judeţele din teritoriile estice ale ţării au nivele mai mari decît celelalte teritorii .

Tabel 30. Sporul natural pe medii în România, 1930-1982- la 1000 loc.-

	Intrunit	Urban	Rural
- 1930	14,8	5,6	12,2‰
- 1940	7,1	-1,0	9,6
- 1955	15,9	12,7	17,1
- 1970	11,6	10,6	12,2
- 1980	7,6	9,6	5,7
- 1982	5,3	7,7	3,4

Cînd numărul deceselor este mai mare decît a născuţilor vii rezultatul este numit deficit natural al populaţiei şi poartă înainte semnul algebric minus (în urban 1940 a fost un deficit de -1,0‰, tabel 30) .

Sporul migrator al populaţiei rezultă din schimbarea statutului rezidenţial al persoanelor, ce are condiţionare şi consecinţă socială. La valori absolute el se stabileşte ca diferenţă între numărul sosirilor şi numărul plecărilor pentru o unitate teritorial administrativă într-un an calendaristic.

Ca nivel pentru o comună,un oraş,judeţ se calculează cu formula :

$$\text{Spor migrator 1980} = \frac{\text{Intrări-Eşiri 1982}}{\text{Populaţie 1.VII}} \times 1000$$

Fiecare din componente (intrări şi eşiri) pot fi calculate la 1000 loc. pentru un an calendaristic .

Cînd numărul eşirilor depăşeşte cel al intrărilor = deficit migrator .

Sporul total al populaţiei pentru un teritoriu administrativ este : nr.loc.de la 31 dec. - nr.loc. de la 1 ian. din acelaş an. El este suma algebrică a indicatorilor : spor (deficit) natural şi spor (deficit) migrator pentru populaţia unui teritoriu pe un an .

2.3. Politica demografică şi perspectivele dezvoltării populaţiei României

In linii generale, particularităţile evoluţiei demografice din România

se vor menţine şi în viitor , determinate şi în concordanţă cu dezvoltarea economico - socială şi cu îmbunătăţirea în continuare a nivelului de trai material şi spiritual al populaţiei. Nivelul favorabil al natalităţii şi al sporului demografic - chiar cu unele oscilaţii concomitent cu creşterea duratei medii de viaţă - mai ales prin reducerea mortalităţii infantile - vor fi trăsăturile caracteristice ale evoluţiei demografice în perioadele care urmează .

Tabel 31 - PRINCIPALII INDICATORI DEMOGRAFICI AI PROIECTARII POPULATIEI ROMANIEI, 1975-2000

Indicatori		1975-1980	1980-1985	1995-2000
- Natalitatea	‰	20,7	22,3	25,0
- Mortalitatea generală	‰	9,9	9,9	8,4
- Rata brută a reprod.	(fiice)	1,37	1,56	1,87
- Rata medie anuală de creşt.	%	1,1	1,2	1,7
- Nr. loc. la sfîrşit interval	- mil.	22,2	23,9	29,8
- Speranţa vieţii la naştere	- ani	69,7	70,0	74,5

Sursa: Vl. Trebici - Demografia, Ed. St. Buc, 1979

Politica demografică în România, înscrisă în Programul Partidului Comunist Român şi în legislaţia de bază a statului, face parte din politica social - economică a cărei obiective se integrează în strategia făuririi societăţii socialiste multilateral dezvoltate. Măsurile legislative şi administrative ce se referă la populaţie asigură toate vîrstele, de la naşteri pînă la vîrstele avansate .

Referindu-ne la un singur obiectiv al politicii demografice - natalitatea - politica demografică are un caracter <u>pronatalist</u> : stimularea natalităţii, ocrotirea mamei şi copilului, protejarea familiei şi redimensionarea ei în concordanţă cu tradiţia şi valorile culturale ale poporului român. Politica pronatalistă se inspiră din principiile umanismului socialist şi se încadrează în modelul cultural românesc. Ea urmăreşte o rată normală şi constantă de creştere a numărului de locuitori cu caracteristici calitative îmbunătăţite (genetice , educaţionale , culturale) , ameliorarea structurii pe vîrste , creşterea stocului de învăţămînt şi a pregătirii profesionale concordantă cu cerinţele dezvoltării economice şi sociale , dezvoltarea armonioasă a centrelor populate , ameliorarea stării de sănătate a întregii populaţii şi creşterea calităţii vieţii .

Scanned with OKEN Scanner

3.o. Starea de sănătate a populaţiei

- Aspecte generale -

Starea de sănătate a populaţiei, ca exprimare şi prezentare a fenomenului "stării de bine - fizice, mintale şi a bunei integrări sociale" are un conţinut cu multiple componente şi se modifică la mari intervale de timp. Deaceea şi în aprecierea ei un indicator unic, deşi avantajos în practică, ar fi prea general şi n-ar putea fi ideal pentru asemenea complexitate de aspecte asociate ale fenomenului şi de factori ce-l condiţionează. Exprimarea prin mai mulţi indicatori -avantajoşi prin detaliile ce le redau - îi grupează practic în : indicatori ai "stării de bine" (pozitivi) şi indicatori ai alterării acestei stări de bine (indicatori negativi) .

Indicatorii pozitivi se referă la diferitele aspecte ale sănătăţii, cum sînt : natalitatea, asociată cu fertilitatea şi fecunditatea (prezentaţi în capitolul anterior), dezvoltarea armonioasă a vîrstelor în creştere, durata mare din viaţă cu sănătate deplină, capacitatea de muncă şi de creaţie, longevitatea vieţii etc.

Indicatorii negativi, mai numeroşi şi mai variaţi în gravitate, cuprind aspectele de la boală la deces. O parte din ei au fost prezentaţi în capitolul anterior: indicatorul brut al mortalităţii sau mortalitatea pe sexe, vîrste şi boli, mortinatalitatea , mortalitatea infantilă, mortalitatea perinatală, mortalitatea maternă, boala abortivă, sterilitatea feminină şi masculină etc.- O altă parte se referă la morbiditate, cu multiplele ei forme de expresie şi de gravitate, pe care le vom prezenta în capitolele următoare .

In practica analizei şi prezentării stării de sănătate a populaţiei se folosesc ambele grupe de indicatori, parţial sau în totalitatea lor, particularizîndu-i după teritorii , vîrstă, sex etc. ori după metodele sau scopul studiului.

Mai folosiţi curent sînt indicatorii de morbiditate şi de mortalitate,datorită accesibilităţii lor şi detaliilor ce le oferă, ca nivele şi ca efecte a factorilor cauzali .

3.1. Sănătatea populaţiei

Forme de expresie,teḥnici de apreciere şi nivele în populaţie .

Inţelegînd "sănătatea" individului ca o stare de bine (fizic şi mintal)

Scanned with OKEN Scanner

;i o bună integrare socială, cu toată relativitatea încă a limitelor şi conţinutului ei, înseamnă că pentru o populaţie teritorială sau dintr-o colectivitate ea ne apare ca sinteza ansamblurilor situaţiilor individuale ce-o poate caracteriza la un moment dat şi în timp. Datorită multiplelor ei componente, de intensităţi variate , (efecte ale factorilor endogeni şi externi, pentru sănătate încă nu există un indicator unitar, sintetic prin care s-o putem aprecia şi exprima în cantităţi, ea nu se pretează deocamdată la cuantificări statistice. Pentru aceasta se apelează la diferitele ei aspecte măsurate în cantităţi sau apreciate cu calităţi (calificative) cu care comparăm populaţiile din diferitele teritorii ale unei ţări sau din diferitele zone ale globului ori, pentru aceeaşi populaţie pentru diferite perioade de timp .

Ca urmare, pentru o populaţie teritorială sau dintr-o colectivitate, sănătatea ei se poate exprima prin proporţia de persoane ce deţin o bună stare fizică şi mintală şi o bună integrare socială, prin natalitate asociată cu fertilitatea şi fecunditatea (a căror sens a fost redat la fenomenele demografice), prin proporţia femeilor ce au procreat urmaşi sănătoşi, prin proporţia de copii şi tineri cu dezvoltare fizică şi psihică normală, prin longevitate mare a vieţii etc.- Acestea se apreciază la un moment dat şi în timp, la populaţia de toate vîrstele sau pe contingente .

Pentru aprecierea sănătăţii unei populaţii şi pentru corelarea ei cu factorii ce o condiţionează se mai apelează cel puţin la următorii indicatori :

a) - proporţia de sănătoşi (practic sănătoşi) ;
b) - dezvoltarea fizică şi neuro-psihică a copiilor şi tineretului ;
c) - proporţia de supravieţuitori la diferite vîrste pentru un contingent;
d) - durata medie a vieţii (speranţa vieţii la naştere) ;
e) - durata medie a vieţii active ;
f) - perioada de timp (ani) din viaţă cu sănătate deplină .

a) <u>Proporţia de persoane sănătoase</u> (practic sănătoase) se apreciază prin :

- rezultatele anchetelor medicale în populaţia teritorială sau în colectivităţi şcolare, ocupaţionale etc., făcute o singură dată ori repetate pe aceleaşi persoane, cuprinzînd toată populaţia sau numai un eşantion din ea. Ele ne oferă aspectul transversal (la un moment dat) sau longitudinal (în evoluţie) ale acestui fenomen. La ancheta medicală din România din 1959/1961 pe un eşantion de 5,03 % din populaţie proporţia persoanelor sănătoase era de 57 % (masculin - 63,7 % şi feminin - 51,5 %), iar la ancheta medicală din 1974, pe loturi mai restrînse şi numai la populaţia 17 - 100 ani proporţia persoanelor sănătoase a fost de 9 % .

- rezultatele examenelor medicale făcute curent la grupuri de populaţie;

la naşt a copiilor, la intrarea în colectivităţi (creşe, grădiniţe, leagăne, şcoli, facultăţi, la recrutare şi încorporare, încadrare şi transfer în muncă), pentru practica sportului de performanţă, la căsătorie , la începutul stării de graviditate , pentru plecarea în staţiuni balneo-climatice, la controlul medical periodic şi preventiv al unor grupe de populaţie, examenul medical de bilanţ al stării de sănătate la vîrsta preşcolară şi şcolară etc. stabilite prin reglementări x).

Unitatea statistică de lucru este persoana apreciată ca sănătoasă, iar indicatorul este numărul persoanelor sănătoase raportate la 1oo examinaţi .

b) Dezvoltarea fizică şi neuro-psihică a copiilor şi tineretului .

Reprezintă o importantă expresie a sănătăţii pentrucă ea sintetizează cel mai bine efectele factorilor endogeni (ereditari), a factorilor de mediu, social-economici şi a morbidităţii asupra organismelor în creştere. Ea măsoară, la perioade mari de timp eficienţa programelor sanitare (mai ales a acţiunilor de ocrotire şi asistenţă medicală a mamei, copilului şi tineretului) .

Nivelul dezvoltării fizice şi neuro-psihice la un moment dat şi în evoluţie se apreciază prin numeroşi indicatori, din care în principal sînt următorii:

- indicatorii somatometrici (antropometrici) ;
- indicatorii fiziometrici sau ai dezvoltării funcţionale ;
- indicatori ai dezvoltării neuro-psihice .

Indicatorii somatometrici folosiţi curent pentru aprecierea dezvoltării fizice sînt în princ pal : talia şi greutatea corporală şi ca auxiliari: circumferinţa toracelui, circumferinţa capului, lungimea membrelor superioare şi inferioare, circumferinţa braţului etc.

Indicatorii fiziometrici sînt reprezentaţi de : capacitatea respiratorie, forţa musculară a mîinii etc. Concomitent se cercetează pulsul, presiunea arterială, menarha - la fetiţe, constante biologice din sînge, urină, etc.

Cunoaşterea stadiului şi evoluţiei dezvoltării fizice- prin indicatori somatometrici şi fiziometrici - se face prin anchete medicale organizate la intervale de timp şi în teritorii mari, iar în mod curent (anual) în unităţi preşcolare, şcolare şi la recrutare. In acest scop se cercetează toată populaţia sau eşantioane după următoarele caracterstici personale (din care unele servesc şi la ponderarea eşantioanelor): vîrsta (de la naştere la 21 ani), sexul, mediul de

---

x) Legea 3/1978, legea 12/1971, ordin MS nr.15/1982 şi 56/1974

reşedinţă (urban, rural), nivelul de instruire, ocupaţia părinţilor etc. Realizarea unui asemenea studiu implică includerea în planul de acţiune a următoarelor elemente :

- elaborarea programului de cercetare (fişa de cercetare, cu includerea caracteristicilor individuale), definitivarea lui cu prealabilă pilotare, pregătirea instrumentarului şi a programului calendaristic de desfăşurare, stabilirea unităţilor de măsură pînă la care se înregistrează datele dimensionate (cm .pentru talie, 100 gr. pentru greutatea corporală, tehnica de calculare a vîrstei la data examinării) ;

- executarea examinării medicale şi a măsurătorilor (numai dimineaţa pentru a evita erorile date de modificările staturo-ponderale din timpul zilei), excluderea din lot a celor găsiţi bolnavi la examenul medical ;

- prelucrarea datelor obţinute ;

- analiza şi interpretarea rezultatelor .

In ţara noastră au fost făcute cercetări[x)] sistematice a dezvoltării staturo-ponderale a contingentelor succesive de copii şi adolescenţi (0-18 ani) începînd din 1950 (125.300 persoane, cca 3% din populaţia 3-18 ani a ţării şi repetate la intervale de 7 ani : în 1957 (310.000 persoane), 1964 (340.000 persoane), 1971 (325.000 persoane) şi 1978, cuprinzînd toate zonele ţării .

Rezultatele acestor cercetări arată, pentru perioada 1950-1971, o accelerare a dezvoltării staturo-ponderale a copiilor şi adolescenţilor cu particularităţi dependente de vîrstă, de sex şi de mediul de reşedinţă (urban şi rural)- tabel 32- . Maturizarea puberală reflectată în vîrsta medie de apariţie a menarhei este în anul 1971 cu cca 3 luni mai precoce în urban decît în 1964 (13 ani în 1971 şi 13 ani şi 3 luni în 1964). Aceste studii şi rezultatele lor sînt importante pentrucă arată stadiul şi evoluţia unor aspecte ale sănătăţii copiilor şi adolescenţilor. Fenomenul de accelerare a dezvoltării fizice la aceste vîrste se însoţesc de modificări psiho-intelectuale şi comportamental-afective ale populaţiei tinere, cu implicaţii în programele de instruire şi educaţie şi în programele sanitare de lungă durată a tineretului .

Tabel 32.-Creşterea taliei şi greutăţii corporale la copii de 4-18 ani în 1971 faţă de 1950 în România

	talia		greut.corp.	
	masculin	feminin	masculin	feminin
urban	2,1 -10,0	1,9-7,8cm	0,7-9,3	0,6-6,5Kg
rural	2,0 - 7,8	2,1-5,9	0,4-6,6	0,5-4,7

x) Coordonate de Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Bucureşti la care au participat Centrele Sanitaro-Antiepidemice judeţene, dispensarele medicale şi serviciile medicale de pediatrie.

Scanned with OKEN Scanner

Cunoaşterea dezvoltării neuro-psihice se realizează la copiii mici (în primii trei ani de viaţă) şi la copiii mari (în anul premergător intrării în şcoală). La copiii sub un an se urmăreşte dezvoltarea psiho-motorie (vîrsta la care îşi ţine capul, stă în şezut, rîde, gîngureşte, fixează cu privirea, merge, etc) şi permite aprecierea normalităţii sau subnormalităţii. Aprecierea stadiului şi evoluţiei neuro-psihice a copiilor pînă în 36 luni se face în patru domenii comportamentale : motor, cognitiv, verbal şi social-afectiv. Pentru copiii ce urmează să intre în şcolarizare, aprecierea dezvoltării neuro-psihice se face prin examenul medical şi psiho-pedagogic, prevăzute în îndrumările Ministerului Sănătăţii şi ale Ministerului Educaţiei şi Învăţămîntului x), care semnalează dezvoltarea normală (fizică, psihică, motorie, senzorială) sau necesitatea amînării începerii şcolarizării. Examinări cu teste de specialitate (inteligenţă, afectivitate, personalitate etc) oferă date suplimentare în stadiul şi evoluţia capacităţii de analiză, sinteză, imaginaţie, rapiditate a gîndirii copilului. Cunoaşterea acestor aspecte în populaţia copiilor servesc pentru ameliorarea instrucţiei, pentru orientarea profesională, pentru adaptarea serviciilor şi programelor medicale .

c) Proporţia de supravieţuitori la diferite vîrste pentru un contingent ne oferă două elemente utile în completarea aprecierii sănătăţii unei populaţii ; proporţia persoanelor rămase în viaţă din efectivul iniţial de născuţi la diferite aniversări (5,1o,2o ....8o,9o, 1oo ani), longevitatea maximă a vieţii a contingentului şi factorii ce au condiţionat durata mare sau redusă a vieţii .

d) Durata medie de viaţă (speranţa vieţii la naştere) reprezintă numărul mediu de ani pe care i-ar trăi o generaţie dacă ar fi supusă condiţiilor de mortalitate pe vîrste din anul calendaristic în care s-a calculat . Legată de mortalitatea pe vîrste, deci şi de longevitatea vieţii a diferitelor contingente, ea reprezintă un alt indicator sintetic cu care putem aprecia sănătatea unei populaţii. Durata medie de viaţă este condiţionată de aceiaşi factori ai sănătăţii - în general, şi se corelează direct cu stadiul şi rata de dezvoltare social-economică din teritoriu .

In lume, durata medie de viaţă variază astăzi între 4o şi 72 ani, cu nivele mai mari în ţările dezvoltate economic (fig. 1o) . Sexul feminin, în mod constant , are - în toate teritoriile - nivele mai mari decît sexul masculin. Tara noastră are în prezent unul din nivelele favorabile pentru ambele sexe , comparabile cu ţările dezvoltate economic şi, ca a doua caracteristică pentru România, rata mare de creştere a duratei medii de viaţă într-o perioadă relativ scurtă (fig. 1o) e concordantă cu rata de dezvoltare social economică, a cărei componentă şi formă de expresie o reprezintă (fig.1o, tabel 33) .

---

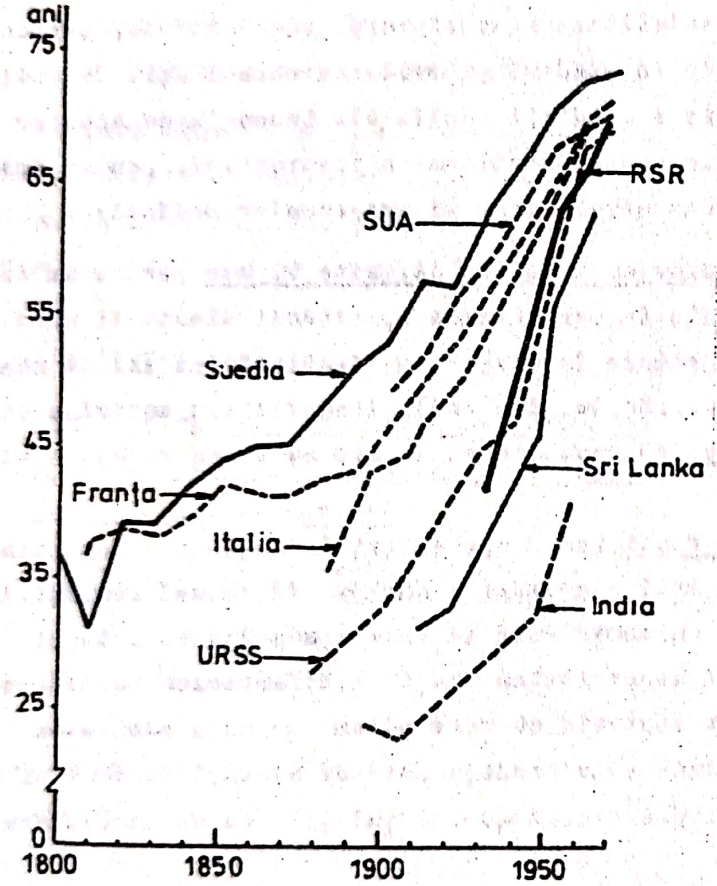
x) Buletinul Ministerului Sănătăţii 4/1977 .

Tabel 33. Durata medie a vieţii în R.S.România (ani)

	ambele sexe	masc.	fem.
1932	42,01	....	....
1956	63,17	61,48	64,99
1961	65,96	64,19	67,7o
1964-1967	68,51	66,45	7o,51
197o-1972	68,58	66,27	7o,85
1976-1978	69,82	67,42	72,18

Sursa : Ap.Statistic al RSR - 198o, pag. 83

Fig. nr 10- Evoluţia duratei medii a vieţii în cîteva ţări 1800-1970



Sursa: Ann. dem. ONU.

e) Durata medie a vieţii active (speranţa de viaţă activă), obţinută cu tehnici asemănătoare duratei medii de viaţă, se referă la numărul anilor de viaţă activă începînd de la vîrsta de muncă. Cu un nivel al acesteia de 42 ani (pentru populaţia masculină din 1966) ţara noastră se situiază în rîndul ţărilor avansate (SUA în 1955 - 42 ani) x) .

Durata medie a vieţii active reprezintă aproximativ două treimi din durata medie a vieţii totale, cealaltă treime reprezentînd-o numărul anilor de viaţă inactivă. Datorită supramortalităţii masculine durata medie a vieţii active este mai mare pentru populaţia feminină .

Durata medie a vieţii active (legată şi ea de nivelul mortalităţii la vîrstele economic active) şi prezenţa sănătăţii în intervalul acestor ani de viaţă reprezintă obiective şi succese ale programului de dezvoltare social - economică şi a programului sanitar teritorial .

f) Perioada de timp din viaţă cu sănătate deplină se referă la durata în ani cu sănătate (fizică şi mintală) pentru o cohortă de copii intraţi în şcoală, pentru o cohortă de căsătoriţi ori pentru o cohortă de intraţi în producţia socială .

Ea ne oferă elemente pentru comparări între populaţii diferite cît şi infor-

x) Vl.Trebici - Populaţia României şi creşterea economică - Ed.Politică Bucureşti , 1971 , pag. 182 .

maţii pentru vîrstele în care a existat sau a predominat " starea de bine, fizică şi mintală" a unui contingent sau a unei cohorte de persoane .

Cunoaşterea acestor aspecte ale sănătăţii unei populaţii teritoriale sau din colectivităţi şi a factorilor ce le condiţionează asigură o importantă bază pentru promovarea sănătăţii şi pentru apărarea ei la populaţia totală, pentru unele contingente sau cohorte de persoane sau pentru diferitele etape din viaţa acestora.-

In elaborarea şi evaluarea programelor de bunăstare materială şi spirituală, a programelor sanitare teritoriale şi în aprecierea eficienţei activităţii serviciilor medicale, aspectele sănătăţii populaţiei trebuie să constituie criteriul principal de referinţă iar morbiditatea şi aspectele ei să reprezinte criteriul auxiliar pentru concentrarea eforturilor în prevenirea acestor aspecte negative ale sănătăţii .

3.2. - Morbiditatea populaţiei x)

Consideraţii generale, formele de expresie , evenimentele şi fenomenele morbidităţii. Tehnica de apreciere şi nivele în populaţie - Factorii ce o condiţionează şi importanţa ei.

Starea de sănătate a unei populaţii se apreciază şi cu ajutorul aspectelor de alterare a " stării de bine, fizic şi mintal", cu ajutorul formelor de expresie ale bolii şi ale infirmităţii .

Prin morbiditate - ca termen global - înţelegem fenomenul îmbolnăvirilor la populaţia unui teritoriu sau a unei colectivităţi . Ea cuprinde totalitatea aspectelor de îmbolnăvire dintr-o perioadă de timp, existente la un moment dat sau în evoluţie .

Plecînd de la boală să urmărim aspectele şi formele îmbolnăvirii necesare analizei şi interpretării acestui complex fenomen denumit morbiditate .

Boala, considerată ca orice alterare a " stării de bine - fizic şi mintal şi a bunei integrări sociale" poate avea intensităţi şi delimitări variate: de la o simplă senzaţie de jenă, de rău, de suferinţă pînă la starea gravă (alterare bruscă a sănătăţii sau agravarea bolii existente) ce pune în pericol viaţa sau funcţia unui organ. Iar ca delimitare sînt boli, din cele peste 5ooo existente, la care delimitarea se poate face aproape cu exactitate (rugeolă, fractură de femur etc) şi alte boli a căror limite neprecise sînt surse de interpretări sau de erori (virozâ, nevrozâ etc) .

---

x) Cuvîntul "populaţie" are sens statistic şi se referă la un grup complet şi " natural" de persoane (teritorial, colectivităţi şcolare sau ocupaţionale). El nu defineşte grupul de bolnavi din spitale pentrucă delimitarea este făcută numai de boală.

In cunoaşterea bolilor dintr-o populaţie se apelează la activităţile şi acţiunile serviciilor medicale ambulatorii (dispensare şi dispensare policlinici teritoriale, din şcoli, întreprinderi etc), ale spitalelor sau la anchetele medicale ce realizează depistarea îmbolnăvirilor prin examene clinice şi prin variate examene de laborator. Iar în prezentarea rezultatelor de la aceste activităţi şi acţiuni sanitare şi în aprecierea frecvenţei,rarităţii sau gravităţii morbidităţii se folosesc termeni care servesc la definirea formelor de expresie sub care există aceste variate aspecte ale îmbolnăvirilor. In acest scop, în înregistrarea şi centralizarea lor, se folosesc în principal doi termeni: cazul de îmbolnăvire şi persoana bolnavă, ce reprezintă evenimente pentru formele de expresie ale bolii şi unităţi componente ale respectivelor fenomene în populaţie.

Pentru uşurarea înţelegerii redăm schematic în continuare formele de expresie ale morbidităţii, a fenomenelor morbidităţii, cu evenimentele ce le compun şi cu unităţile lor statistice de lucru :

Schema nr.1- Evenimentele şi fenomenele morbidităţii

Unitatea statistică de lucru evenimentul	Forma de prezentare şi de analiză a morbidităţii(fenomenul)
A. Imbolnăvirea	
a) Cazul de îmbolnăvire :	
- cazul nou	- incidenţa
- cazul existent (nou + vechi)	- prevalenţa
b) Cazul de îmbolnăvire cu pierderea capacităţii de muncă ce determină absenteismul persoanei din producţia socială(din activitatea şcolară) :	
- cu incapacitate de muncă pe durată scurtă	- morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă
- cu incapacitate de muncă de lungă durată sau definitivă	- morbiditatea cu invaliditate
c) Cazul de îmbolnăvire ce determină spitalizarea persoanei (pentru precizarea diagnosticului şi/sau tratamentul bolii)	- morbiditatea spitalizată
d) Cazul de îmbolnăvire ce determină decesul	- mortalitatea specifică pe cauze de boală
B. Persoana bolnavă	
a) Existentă la un moment dat (anchete medicale în populaţie)	- morbiditatea individuală sau pe persoane
b) Inregistrată continuu prin supraveghere (cercetare)longitudinală a populaţiei	- morbiditatea succesivă sau în dinamică .

x) Adaptare după Corol V. şi Gorgos C.- Medicina Socială - Ed.Did.şi Pedagogică - Bucureşti, 1980 pag.173 .

Cazul de îmbolnăvire - (schema 1)

Dată fiind complexitatea şi variabilitatea îmbolnăvirilor, în studiul morbidităţii necesită să se ţină cont de durata şi repetarea îmbolnăvirii. Din acest punct de vedere se întîlnesc la o persoană : caz nou şi caz existent de îmbolnăvire .-

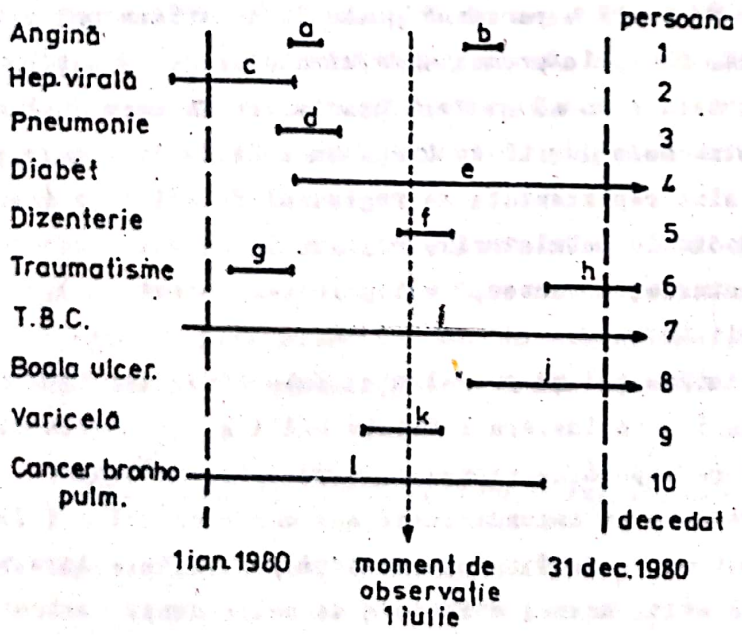
Cazul nou de îmbolnăvire este evenimentul apărut şi depistat o singură dată pe toată durata bolii. Unitatea statistică de lucru este cazul de îmbolnăvire apărut ca eveniment nou la o persoană într-o perioadă calendaristică de timp. Din acest punct de vedere bolile se pot împărţi în două grupe :

- boli a căror apariţie se repetă în timpul vieţii, după ce a fost vindecată prima îmbolnăvire (pneumonie, fractură, anginâ, gripă, etc) ;

- boli, la care apariţia primei îmbolnăviri nu se mai repetă (de regulă), pentrucă aceasta nu s-a vindecat (rezolvat). Este cazul de îmbolnăvire unic în viaţă, aşa cum există în bolile cronice : tuberculoză, sifilis, diabet, tumori maligne .etc.

Aprecierea (măsurarea) nivelului fenomenului cazurilor noi de îmbolnăvire se face raportînd totalitatea acestor evenimente, apărute şi depistate într-o perioadă de timp, la numărul de locuitori ai colectivităţii (supuşi riscului de îmbolnăvire). In acest scop se foloseşte indicatorul de frecvenţă numit incidenţă. In fig. 11 redînd schematic îmbolnăvirile cu durata lor la zece persoane de diverse vîrste rezultă că în decursul unui an calendaristic (1 ian-31 dec.) au fost la această populaţie nouă cazuri de îmbolnăvire (notate cu a,b,d,e,f,g,h,j şi k), celelalte îmbolnăviri (c,i şi l) au fost cazuri noi perioadele anterioare, iar la două boli (anginâ şi traumatism) cazul nou s-a repetat (a,b şi g,h) .

Fig.11.- Schema de interpretare şi de calculare a incidenţei şi prevalenţei



Sursele de informare sînt reprezentate de fişa şi registrul de consultaţii, fişa de anchetă medicală, carnetul de sănătate din serviciile medicale ambulatorii. Cazul nou de îmbolnăvire se identifică cu ocazia consultaţiei şi se înseamnă în coloana rezervată codului după Clasificaţia Internaţională a cazelor de Imbolnăvire şi Deces. Numărul cazurilor noi se înscriu zilnic pe coduri în centralizatorul lunar, iar la sfîrşitul anului

se însumează pentru calcularea indicatorilor şi pentru analiza şi interpretarea incidenţei, ca suma cazurilor noi ce încep într-o perioadă de observare .

Cazul existent de îmbolnăvire este evenimentul de îmbolnăvire nevindecat şi găsit în populaţie la un moment dat sau care a fost într-o perioadă de timp. Unitatea statistică de lucru este cazul nou sau vechi ce există în momentul examinării persoanelor (cu ocazia consultaţiilor curente din serviciile medicale, cu ocazia unei anchete medicale etc) sau în decursul unui an .

Aprecierea (măsurarea) nivelului fenomenului se face tot cu ajutorul unui indicator de frecvenţă, numit prevalenţă sau stare de morbiditate, raportînd numărul cazurilor (noi + vechi) de boală existente la un moment de observare sau într-o perioadă la numărul de locuitori ai teritoriului sau la numărul celor examinaţi .

In practica serviciilor medicale ambulatorii momentul de observare este reprezentat de sfîrşitul anului iar acest aspect poartă denumirea de cazuri de boală existente la 31 dec. Apelînd la exemplul din fig. 11, la 31 dec.1980 erau - la cele zece persoane - un număr de 4 cazuri existente de boală (e,h,i şi j). Prevalenţa cazurilor de boală se poate calcula şi la o altă dată calendaristică (la un alt moment de observare). Astfel, la acelaş exemplu (fig.11) prevalenţa cazurilor la 1 iulie era reprezentată de cinci cazuri (e,f,i,k,l), şansa unui caz de boală de a fi inclus în prevalenţa de moment fiind direct proporţională cu durata bolii. De aceea prevalenţa la un moment de observare este egală cu incidenţa x durata bolii .

Prevalenţa se poate calcula şi pentru o durată de timp. In acelaş exemplu (fig.11), prevalenţa pentru întreg anul 1980 înglobează toate cele 12 cazuri de boală existente între 1ian şi 31 dec. (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j+k+l) - indiferent de data (anul) îmbolnăvirii lor - şi raportate la populaţia teritoriului .

La prevalenţa cazurilor de boală o persoană poate fi de atîtea ori cîte boli are la examinarea medicală. Deci, în prezentarea nivelului prevalenţei unei populaţii este necesar ca totdeauna să se facă precizarea la care dată calendaristică se referă sau pentru care durată de timp. Sursele de informare pentru prevalenţa unei populaţii sînt reprezentate de registrul de evidenţe (pe partizi de boli) din serviciile medicale ambulatorii, registrul de boală (cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială, cancer, boli psihice, diabet etc) din serviciile medicale de specialitate .

Aşa dar, în aprecierea incidenţei şi prevalenţei îmbolnăvirilor într-o populaţie este necesar să se ia în considerare : durata bolii şi repetarea ei, durata observării în populaţie şi populaţia expusă îmbolnăvirii. Ca urmare , la o populaţie putem înregistra într-un an calendaristic mai multe cazuri noi de îmbolnăvire decît numărul persoanelor, după cum la aceiaşi populaţie - la o anchetă medicală - putem găsi mai multe cazuri existente de boală decît numărul

Scanned with OKEN Scanner

locuitorilor. Aceasta pentrucă unei persoane i se poate diagnostica într-un an mai multe cazuri noi de îmbolnăvire, chiar de aceiaşi boală cu condiţia ca prima îmbolnăvire să fi fost vindecată (la aceiaşi examinare medicală sau la examinări medicale succesive într-o perioadă studiată), după cum o persoană examinată poate fi " deţinătoarea " mai multor boli .

3.2.1. Incidenţa îmbolnăvirilor

După ce am văzut definirea conţinutului şi delimitarea acestor prime forme de expresie ale morbidităţii să cunoaştem tehnicile de apreciere (măsurare) a nivelelor şi intensitatea lor în populaţie .

Nivelul frecvenţei generale al cazurilor noi într-o populaţie cuprinzînd toate bolile şi referindu-se la toate vîrstele) se apreciază, pentru un an calendaristic, cu indicatorul brut al incidenţei generale :

$$\text{Incidenţa generală pentru anul 198o} = \frac{\text{Suma cazurilor noi de îmbolnăvire din anul 198o}}{\text{P}} \times 1000 \left[\frac{365}{?}\right]$$

Cînd nivelul incidenţei generale necesită să fie cunoscuţ pentru durate de timp mai mici rezultatul obţinut se corectează cu raportul : nr.zilelor dintr-un an/nr.zilelor din perioada calculată .

Pentru anul 1978, incidenţa generală a fost în România de 768,2 cazuri noi p.1000 loc., cu nivele mai mari în urban, ceea ce semnifică mai puţin de un caz nou de îmbolnăvire pentru o persoană în timpul unui an calendaristic. Aceste nivele sînt sub cele reale din populaţie, incidenţa - ca şi alte forme de expresie - fiind în relaţie directă cu accesibilitatea (posibilitatea obiectivă de satisfacere a îngrijirilor medicale) şi cu adresabilitatea (nivelul de conştiinţă pentru sănătate) populaţiei la asistenţa medicală. Deşi sexul masculin are nivele mai mari de mortalitate, acesta are nivele mai reduse de incidenţă generală decît sexul feminin. Explicaţia constă în nivelul mai mare de adresabilitate şi de riscuri de îmbolnăvire dar şi printr-o vitalitate mai mare a sexului feminin.

- ambele medii	- 768,2 ‰
- urban	911,o
- rural	652,5

Incidenţa îmbolnăvirilor are nivele diferite pe vîrste. Aprecierea nivelului pe vîrste a incidenţei se face cu un indicator specific, incidenţa pe vîrste, ce raportează suma cazurilor noi de îmbolnăvire (toate bolile) apărute într-un an calendaristic în populaţia de 5 ani la numărul locuitorilor în vîrstă de 5 ani

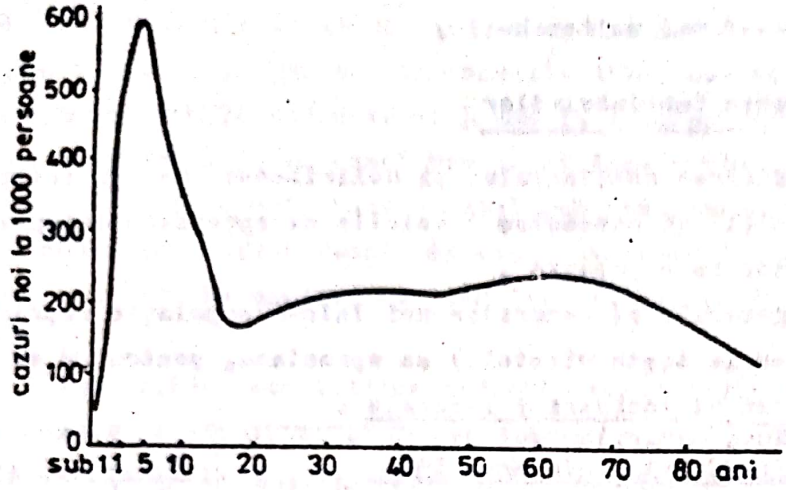
$$\text{Incidenţa specifică pentru vîrsta de 5 ani în 198e} = \frac{\text{Cazuri noi la vîrsta 5 ani în 196e}}{\text{Populaţia mediană de 5 ani}} \times 1000$$

din teritoriu. In Romînia ea are nivele reduse în primele luni de viaţă, după

Scanned with OKEN Scanner

care nivelele au o creştere mare pînă la vîrstele preşcolare, datorită bolilor infecţioase, respiratorii, digestive şi traumatismele, scade în continuare ca să înregistreze nivele mici între 15 şi 2o ani, după care nivelele cresc iarăşi cu vîrsta fără să aibă nivelele din perioada copilăriei.(fig.12)

Fig.12-Incidenţa specifică pe vîrste în România-1961

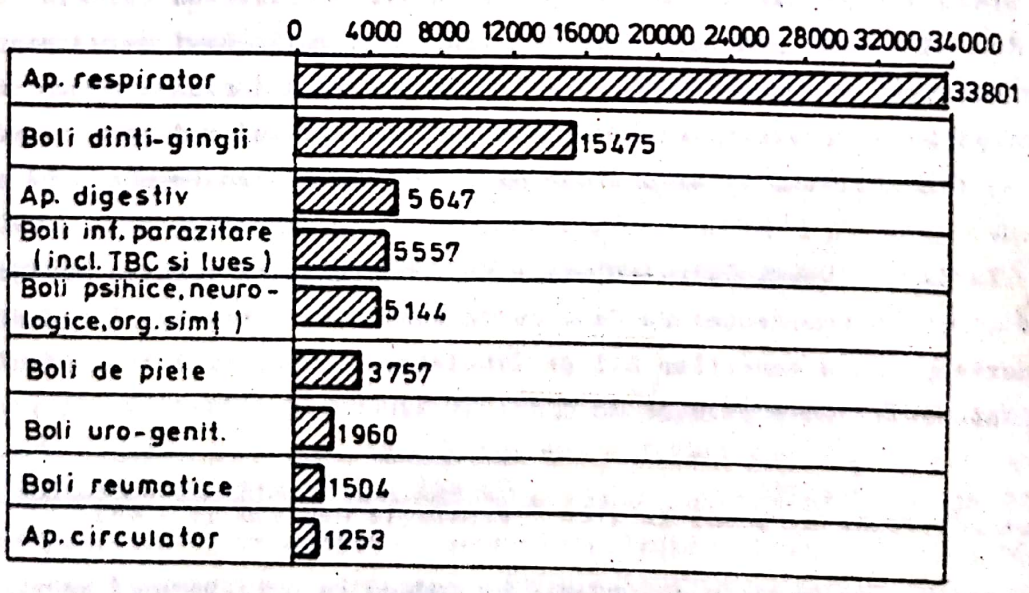


Cunoaşterea bolilor ce dau o frecvenţă mai mare sau mai redusă de noi îmbolnăviri se bazează pe calculul <u>incidenţei specifice pentru o boală</u> sau clase de boli, ce foloseşte în principiu aceiaşi tehnică :

$$\text{Incidenţa specifică prin boli ap.respirator în 198o} = \frac{\text{Cazuri noi prin boli ap. respirator în 198o}}{\text{P}} \times 100.000$$

Pentru anul 1978, tabloul incidenţei din România (fig.13) arată că îm -

Fig.13 - Incidenţa specifică pe clase de boli în R.S.România pentru anul 1978 - cazuri noi la 100 000 loc. -



bolnăvirile cele mai frecvente sînt date de bolile ap.respirator, bolile de dinţi şi de gingii, bolile aparatului digestiv, bolile infecto-parazitare (inclusiv tuberculoza şi sifilisul), care dau 8/1o din totalitatea cazurilor noi dintr-un an , fiecare din ele avînd frecvenţe diferite pe vîrste, sexe, medii de reşedinţă etc. Deşi aceste nivele de incidenţă pe boli nu reflectă realitatea cu exactitate ordinea lor este mai aproape de frecvenţa acestora în populaţie.

Incidenţa exactă se poate obţine cînd se face declararea obligatorie a îmbolnăvirilor (aşa cum este şi în ţara noastră pentru : boli transmisibile, boli venerice, boli profesionale, tuberculoză, cancere) şi cînd se execută o înregistrare completă a cazurilor avînd şi criterii unitare de diagnostic. Ca urmare, incidenţa măsurînd potenţialul de îmbolnăvire al factorilor de mediu cît şi eficacitatea aplicării profilaxiei primare şi secundare este de mare utilitate în evaluarea programelor şi acţiunilor sanitare atît în bolile transmisibile cît şi în cele cronice.

Tabel 34.- Incidenţa anuală prin unele boli transmisibile în R.S.România în perioada 195o-198o (cazuri noi la loo.ooo loc.)

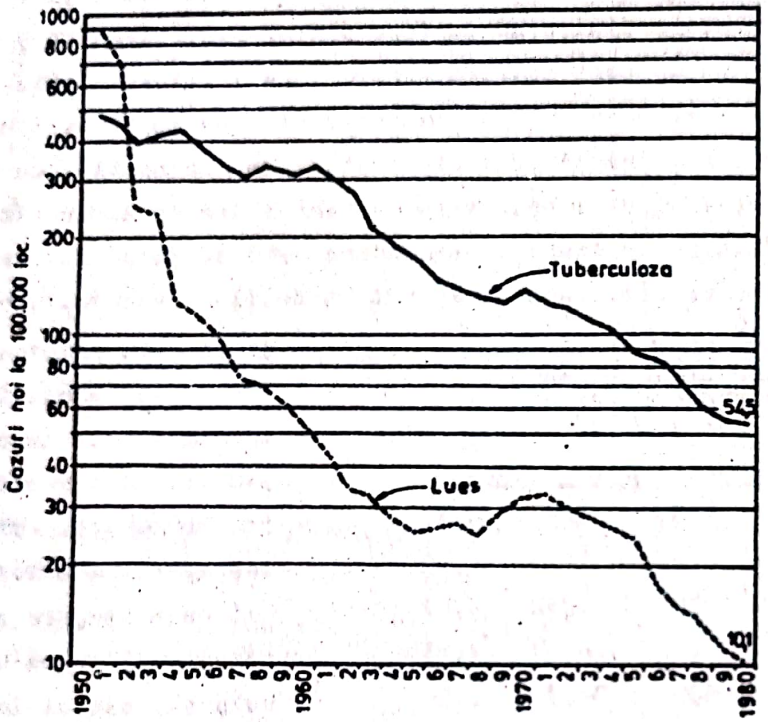
	195o	196o	197o	198o
Antrax	8,2	1,6	o,5	o,1
Botulism	o,o1	o,o1	-	o,o4
Bruceloză	-	o,2	o,o2	o,o1
Difterie	15,6	4,4	o,o1	o,o5
Dizenterie bacil.	7,1	55,9	94,7	69,9
Febra Q	o,7	o,3	o,9	o,9
Febra tifoidă	34,3	9,1	1,5	o,3
Febra paratif.	o,9	1,7	o,o4	o,o4
Hepatită epid.	11o,4	28o,3	289,8	227,3
Leptospiroză	o,6	1,5	1,2	2,o
Parotidită epid.	33,8	272,4	272,9	29o,o
Poliomielită	7,2	5,9	o,1	o,o (1979)
Rabie	o,6	o,1	o,o1	o,o2
Rugeolă	278,3	662,o	612,6	47,2
Scarlatină	269,7	58,o	75,9	65,4
Tetanos	2,5	4,6	o,5	o,1
Tuse convulsivă	82,3	65o,6	94,8	51,5
Varicelă	4o,4	276,1	346,6	251,1

Astfel în bolile transmisibile la care s-a introdus vaccinarea în România (difteria, febra tifoidă, poliomielita, rugeola, tetanosul, tusea convulsivă) cît şi la cele la care încă nu s-a introdus profilaxia specifică (dizenteria, hepatita virală, parotidită epidemică, rubeolă, varicela)- -tabel 34 - incidenţa oferă măsura succesului şi respectiv suportul pentru oportunitatea aplicării de măsuri specifice de prevenire a bolii .

NOTA : s-a introdus vaccinarea : antipoliomielitică în 1957-1961, antipertusis în 196o - 1962, antirugeolică în 1979.

Utilitatea incidenţei în aprecierea măsurilor generale şi speciale de prevenire şi tratare a bolilor transmisibile cu evoluţie de lungă durată şi mari implicaţii so - cio - ecomonice se confirmă şi pentru tuberculoză şi si - filis, a căror rată de scădere este particulară epidemiologiei fiecăreia din ele (fig.14) .

Fig.14-Incidenţa anuală prin TUBERCULOZA şi LUES în R.S.România în perioada 1950-1980 - cazuri noi la 100 000 locuitori



3.2.2. Prevalenţa bolilor

Prevalenţa, ca fotografie a existentului cazurilor de boală, se apreciază - ca nivel în populaţie - prin indicatori similari (de frecvenţă), cu unele particularităţi pentru ceea ce exprimă ea .

Indicatorul brut al prevalenţei la un moment de observare (31 dec.) ra - portează numărul cazurilor de boală existente - indiferent de data debutului sau depistării lor - la 1oo loc. existenţi la acel moment de observare (31.dec.).

$$\text{Indicatorul brut al prevalenţei la 31 dec.} = \frac{\text{Nr.cazuri de boală existente la 31.dec.}}{\text{Nr.locuitori la 31.dec.}} \times 1oo$$

Iar indicatorul brut al prevalenţei pentru perioada unui an calendaristic:

$$\text{Prevalenţa pe durata anului 198o} = \frac{\text{Totalitatea cazurilor de boală existente în toată perioada anului}}{\text{Nr.locuitori la 1 iulie}} \times 1oo$$

In practica serviciilor medicale ambulatorii stabilirea numărului cazu - rilor se face la 31 dec.pentru fiecare boală pe baza registrului de evidenţe. Ceea ce înseamnă : cazurile aflate la 1 ian., plus cazurile incluse prin boală sau transfer, minus cele plecate, vindecate şi decedate .

Si acest aspect al morbidităţii se analizează pe vîrste, sexe, boli, me- dii de reşedinţă, teritorii, colectivităţi etc., în care scop se foloseşte ace- iaşi tehnică de calcul .

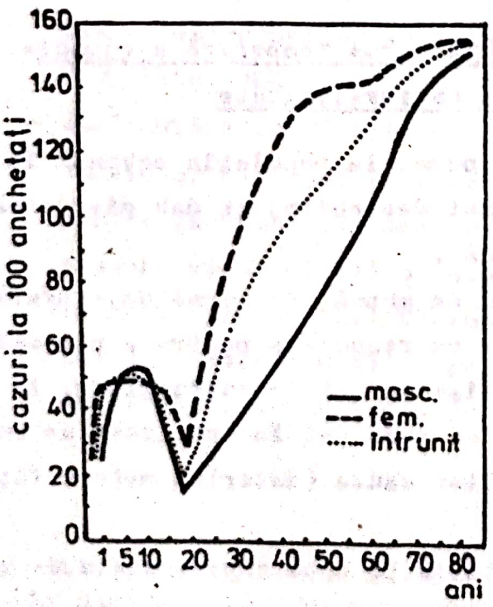
Prevalenţa ne oferă volumul cazurilor pentru fiecare boală într-o colec- tivitate, tabloul bolilor ce consumă îngrijiri medicale şi cheltuieli financiare. Deaceea ea este un bun indicator pentru bolile cronice, în situaţia să se fi rea- lizat o bună depistare clinică şi de laborator şi o completă înregistrare a ca - zurilor. Pentru aceste motive prevalenţa obţinută din anchetele medicale în populaţie este mai aproape de realitate decît cea rezultată din îngrijirile medi- cale solicitate de bolnavi sau din prezentările persoanelor la controalele medi- cale periodice şi preventive .

In România, în 1959/1961 şi 1964/1965 s-au organizat de Ministeryl Sănă- tăţii două mari anchete medicale pentru cunoaşterea prevalenţei bolilor. Ambele anchete s-au realizat pe cîte un eşantion de 5 % din populaţia ţării (aproxima - tiv un milion locuitori) cuprinzînd toate zonele ţării. Indicatorul brut al pre- valenţei de moment de la prima anchetă

Total	79,4 %
urban	84,6
rural	76,2
masculin	61,3
feminin	94,6

a fost de 79,4 cazuri de boală pentru loo anchetaţi (mai puţin de un caz de boală pentru un anchetat), cu nivele mai mari în urban şi pentru sexul femi- nin şi cu creşterea nivelelor ei pe mă- sură ce se înaintează în vîrstă excep- tînd vîrstele copilăriei (fig.15).- Acest ultim aspect arată că odată cu înaintarea în vîrstă omul "înmagazinea- ză " boli contractate anterior şi nere- zolvate, încît la diferite vîrste găsim un "inventar" de boli de diferite ve - chimi, în variate stadii şi asociaţii, ce exprimă mai curînd " vîrsta bolilor" decît " bolile vîrstei " .

Fig.15-Prevalenţa specifică pe vîrste şi pe sexe în R.S.R.(1959-1961)



Prevalenţa specifică pentru principalele boli arată, cu unele diferenţe , că bolile cardio-vasculare, genito - urinare şi digestive aveau la ambele anchete pe ţară - nivelele de prevalenţă cele mai mari în populaţie (tabel 35). Acestea erau urmate, la prima anchetă, de : boli infecto - parazitare (9,1%), boli reumatismale (8,1%), boli ale aparatului respirator (5,3 %), boli endocrine, de metabolism şi alergice (5,2 %), tulburări mintale (1,9%) .

Tabel 35.- Prevalenţa pe principalele boli la anchetele medicale din România din 1959/1961 şi 1964/965

	1959/1961	1964/1965
- boli aparat circulator	12,8	16,7 %
- boli genito-urinare	15,3	15,8
- boli aparat digestiv	11,9	11,5

Concomitent şi ulterior acestora s-au mai executat şi alte anchete medicale pe teritorii mai restrînse, cu medici şi examene de specialitate (Catedra de medicină Socială cu Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Bucureşti). Perfecţionarea metodologiei de anchetă şi examinarea populaţiei de către specialişti şi cu tehnici de laborator au arătat nivele de prevalenţe mult mai mari : 3,2 boli/1 examinat în populaţia peste 16 ani (3,8 la sexul feminin şi 2,3 la sexul masculin) şi un alt tablou al acestui aspect al morbidităţii (în ordinea frecvenţei): boli endocrine, de metabolism şi nutriţie 80,7 cazuri la 100 examinaţi, boli aparat circulator - 42,4 %, boli reumatismale 41,3 %, boli digestive - 25,2 %, boli psihice - 17,4 % - Rezultă deci , că în cunoaşterea prevalenţei reale din populaţie, metodologia de lucru şi tehnicile de diagnostic sînt de importanţă deosebită .

3.2.3. - Morbiditatea cu pierderea temporară a capacităţii de muncă şi cu invaliditate

Acest aspect al morbidităţii se referă numai la populaţia ocupată în producţia socială şi cuprinde formele de boală (mai deosebite) ce dau pierderea temporară sau definitivă a capacităţii de muncă .

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, ca formă de expresie a morbidităţii se referă la alterările sănătăţii cu reducerea pentru o perioadă a capacităţii de muncă datorită bolilor, traumatismelor şi intoxicaţiilor, la oamenii muncii. Deci, nu cuprinde îmbolnăvirile ce n-au dat incapacitate de muncă şi nici absenteismul din producţie datorită altor cauze (datorită maternităţii, îngrijirii copilului bolnav etc) .

Sursa datelor, în studiul acestei morbidităţi, este reprezentată de certificatul de concediu medical, act medical, juridic şi financiar, pentrucă pe baza lui se face plata ajutorului de boală din fondurile Asigurărilor Sociale de Stat.Pe baza acestuia, studiul morbidităţii operează cu două unităţi statistice de lucru :

- certificatul (concediul) medical iniţial, precedat de o perioadă lucrativă (chiar o zi lucrată în producţie), care nu se suprapune peste termenul de caz nou de boală pentrucă concediul medical iniţial se referă numai la o întrerupere nouă a muncii în producţie datorită aceleiaşi boli sau altei îmbolnăviri. De exemplu : un om al muncii cu boală ulcerosă şi cu incapacitate temporară de muncă primeşte două certificate iniţiale de concediu medical pentru două durate dacă acestea sînt separate numai de o zi lucrată în producţie (şi remunerată) , dar acelaş om al muncii primeşte certificat de concediu medical "în continuare" chiar în situaţia că în prima zi de la terminarea concediului medical pentru boală ulcerosă este în incapacitate temporară de muncă pentru o nouă boală (pneumonie) x) ;

- ziua de incapacitate temporară de muncă plătită din fondurile Asig.Soc. de Stat (ce ar fi fost lucrată în condiţii de sănătate), indiferent dacă concediul a fost "iniţial" sau în "continuare". Această unitate statistică de studiu ne oferă dimensiunea implicaţiilor economice datorită absenteismului din producţie provocat de boală .

In România, condiţiile de acordare şi de aprobare a concediului medical şi de eliberare a certificatului de concediu medical sînt stabilite de următoarele reglementări :

- Legea 3/1977 - legea pensiilor de asigurări sociale de stat ;
- Legea 3/1978 - legea de asigurare a sănătăţii populaţiei ;
- Hotărîrea comună a Consiliului de Miniştri şi a Consiliului Central al Sindicatelor nr. 880/1965 (privind acordarea de ajutoare materiale în cadrul asigurărilor sociale de stat), cu modificări aduse de : HCM - 2489/1966, HCM - 1356/1968 şi HCM 1595/1975 ;
- Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii şi ale Consiliului Central al Sindicatelor din 1965 privind eliberarea certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, completate cu Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii şi ale Uniunii Naţionale a Cooperativelor Agricole de Producţie Nr. XII/Cl-1680/1972 cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical pentru incapaçitate temporară de muncă membrilor cooperativelor agricole de producţie .

---

x) In plus, certificatul de concediu medical, pentru motive de ordin financiar (pe pagina a II-a conţine ordinul de plată a ajutorului material din fondurile Asig.Soc.de Stat) se completează pe perioada variabile dar în limitele unei singure luni calendaristice. Dacă incapacitatea de muncă trece şi în luna următoare se eliberează certificat de concediu medical "în continuare".

Scanned with OKEN Scanner

In principal, art.12o din legea 3/1978 prevede : concediul medical pentru incapacitate temporară de muncă a personalului muncitor se acordă de conducerea unităţii socialiste pe baza certificatului medical eliberat de unitatea sanitară care asigură asistenţă medicală a unităţii socialiste (inclusiv în cazurile de urgenţă, pentru care unitatea medicală a întreprinderii eliberează certificat de concediu medical pe baza confirmării în scris x) de către unitatea sanitară ce a asigurat asistenţa medicală (cu diagnosticul, tratamentul aplicat şi durata de spitalizare sau imobilizare obligatorie la domiciliu) .

Iar, legea 3/1977 şi HCM 88o/1965 prevăd că, în ultimele 12 luni calendaristice, concediul medical datorită bolii nu poate depăşi 9o zile calendaristice, după care - pînă la 18o zile - certificatele de concediu medical datorită bolii se pot elibera numai cu prealabilă avizare de către Comisia medicală de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă (CMERCM) teritorială a unităţii sanitare. La împlinirea celor 18o zile de concediu medical (12 - 18 luni în ultimii 2 ani pentru tuberculoză) sau dintr-un început pentru bolile grave, Comisia de pensii a unităţii socialiste face propunerea de expertiză medicală în vederea încadrării într-un grad de invaliditate la CMERCM de domiciliu a bolnavului .

Modul de acordare a concediului medical şi de eliberare a certificatului de concediu medical sînt stabilite în detaliu de HCM 88o/1965 şi de Instrucţiunile de aplicare ale Ministerului Sănătăţii, care în principal prevăd următoarele :

- certificatele de concediu medical se eliberează pentru boală, accident, boală profesională, pentru prevenirea îmbolnăvirilor, refacerea şi întărirea sănătăţii (trecerea temporară în altă muncă sau reducerea programului de muncă din cauza bolii sau accidentului), trimiterea la tratament balneoclimateric, carantină, pentru maternitate (sarcină şi lăuzie xx), îngrijirea copilului bolnav pînă la vîrsta de 2 ani) ;

- concediul medical (ca durată) se acordă pînă la restabilirea completă a capacităţii de muncă sau pînă la stabilirea invalidităţii în vederea pensionării ;

- în eliberarea certificatului şi în stabilirea duratei concediului medical medicii au drepturi diferite în raport de unitatea sanitară (dispensar,policlinică,spital) şi de funcţia de încadrare (medicină generală,principal sau primar de specialitate, şef de secţie în spital) ;

---

x) Adeverinţă pentru asistenţă medicală de urgenţă .

xx) Durata concediului medical pentru sarcină şi lăuzie este de :
- 112 zile calendaristice pentru personalul muncitor(prenatal: 52 zile şi postnatal: 6o zile,cu posibilităţi de cumulare;cînd copilul se naşte mort concediul postnatal este de 42 zile) ;
- 6o zile lucrătoare pentru cooperatoarele agricole(cîte 3o zile pre şi postnatal , cu posibilităţi de compensare;cînd copilul se naşte mort concediul postnatal este tot de 3o zile) .

- concediul medical începe cu data consultaţiei bolnavului în unităţi ambulatorii sau cu data spitalizării. Pentru trecut (cel mult 24 ore) se poate elibera certificat de concediu medical numai în cazuri excepţionale, iar la o dată ulterioară se poate elibera certificat de concediu medical în caz de : sarcină şi lăuzie, tratament balneoclimateric şi cură preventorială, pentru perioada de internare în spital, aparat gipsat, în caz de îmbolnăvire în străinătate .

Certificatele de concediu medical se prezintă de bolnav la unitatea socialistă. Medicul întreprinderii sau medicul circumscripţiei sanitare teritoriale desemnat ca medic de întreprindere (pentru unităţile cu un număr mic de personal) verifică şi contrasemnează certificatele de concediu medical eliberate de alte unităţi sanitare şi lunar înscrie numărul zilelor de concediu medi - cal (plătite), într-un centralizator, la codul bolii după o grupare restrînsă a Clasificaţiei cauzelor de îmbolnăvire . Pe baza acestora , medicul elaborează şi prezintă - semestrial - analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă în organismul de conducere colectivă al unităţii (în care atenţie principală se acordă accidentelor, bolilor profesionale, cauzelor îmbolnăvirilor, concretizării acţiunilor şi nominalizării responsabilităţilor în planul de măsuri).

In analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă datorită bolii se folosesc următorii indicatori :

$$\text{- frecvenţă} = \frac{\text{Nr.certificatelor iniţiale de concediu medical}}{\text{Nr.mediu al personalului din perioada analizată}} \times 100$$

$$\text{- gravitate} = \frac{\text{Nr.zilelor de concediu medical plătite}}{\text{Nr.mediu al personalului din perioada analizată}} \times 100$$

$$\text{- durată medie a concediului medical} = \frac{\text{Nr.zile de concediu medical plătite}}{\text{Nr.certificatelor iniţiale de concediu medical}}$$

Aceşti indicatori se calculează global (pe întreprindere, pentru toate bolile la un loc), pe sexe, cauze de boală, secţii, etc.

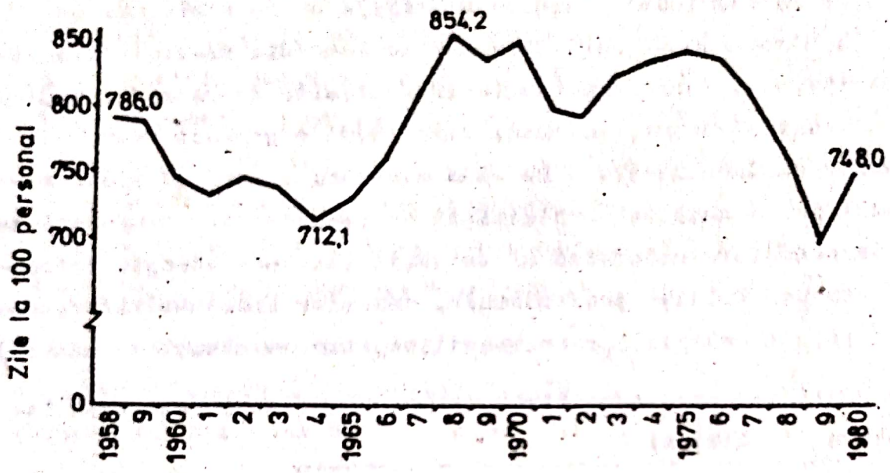
Datorită labilităţii termenului "concediu medical iniţial" indicatorul de frecvenţă, în mod curent, nu se foloseşte în analizele pe boli, sexe, locuri de muncă ci ca orientare pentru toată întreprinderea, pe ramuri etc.

In România, nivelele acestor indicatori în anul 1980, pentru toate ramurile economiei naţionale, au fost :

- frecvenţă = 73,2 %
- gravitate =748,o %
- durată medie = lo,2 zile

In general, gravitatea cu nivele mari asociată cu frecvenţa cu nivele mari sugerează un tablou de morbiditate cu boli de gravitate redusă (îmbolnăviri numeroase şi de scurtă durată), iar nivele mari ale gravităţii cu nivele reduse ale frecvenţei indică boli cu gravitate mare . In perioada 1958–198o, indicele de gravitate a concediilor de boală a oscilat în România între 712 şi 854 zile p.loo personal, cu variaţii pe etape şi cu o relativă tendinţă de staţionare. (fig.16) .

Fig. 16 - Evolutia indicelui de gravitate a concediilor de boală în R S România 1958 - 1980



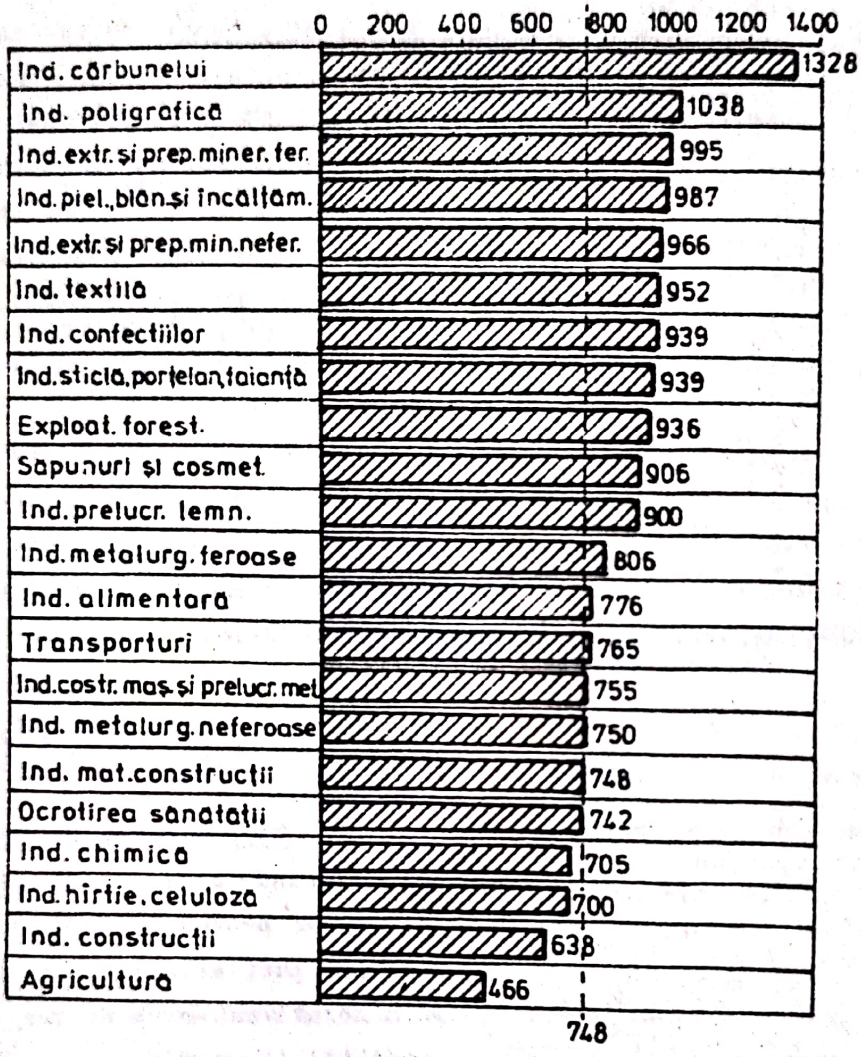
Pentru anul 198o, nivelele gravităţii oscilează în limite foarte mari (fig.17), între 466 % la ramura agricolă şi 1328 % în industria cărbunelui, datorită a numeroase cauze : condiţii de muncă şi viaţă, structura pe vîrste şi sexe a personalului, morbiditatea teritorială şi rezolvarea ei etc. Se pot reţine nivele mai mari de gravitate în ramurile industriale cu solicitare mai intensă şi în cele cu personal feminin mai numeros .

Principalele cauze de boală care au provocat incapacitate temporară de muncă (la personalul din unităţile de stat ale tuturor ramurilor economiei naţionale) au fost în 198o următoarele (fig. 18) : boli genitale feminine - inclusiv complicaţii ale sarcinii, naşterii, lăuziei şi avortul -, boli ale aparatului respirator, accidente şi traumatisme, bolile digestive, bolile osteo - articulare, bolile aparatului circulator ş.a. - In cadrul acestora, primele patru clase de boli enumerate contribuie cu 56 % în totalul zilelor absentate din producţia socială datorită bolii .

Acest tablou al morbidităţii are mari variaţii în raport de ramura industrială sau a economiei şi reflectă aspectele morbidităţii teritoriale a populaţiei .

Pentru cooperatorii agricoli dintr-un teritoriu mai restrîns x) structura morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă oferă un alt tablou (fig.19). Pe primele locuri sînt numai o parte din clasele de boli de la personalul din

Fig. 17 - Indicele de gravitate a concediilor medicale pe ramuri economice şi industriale în R.S.România - 1 9 8 0 - - zile la 100 personal -



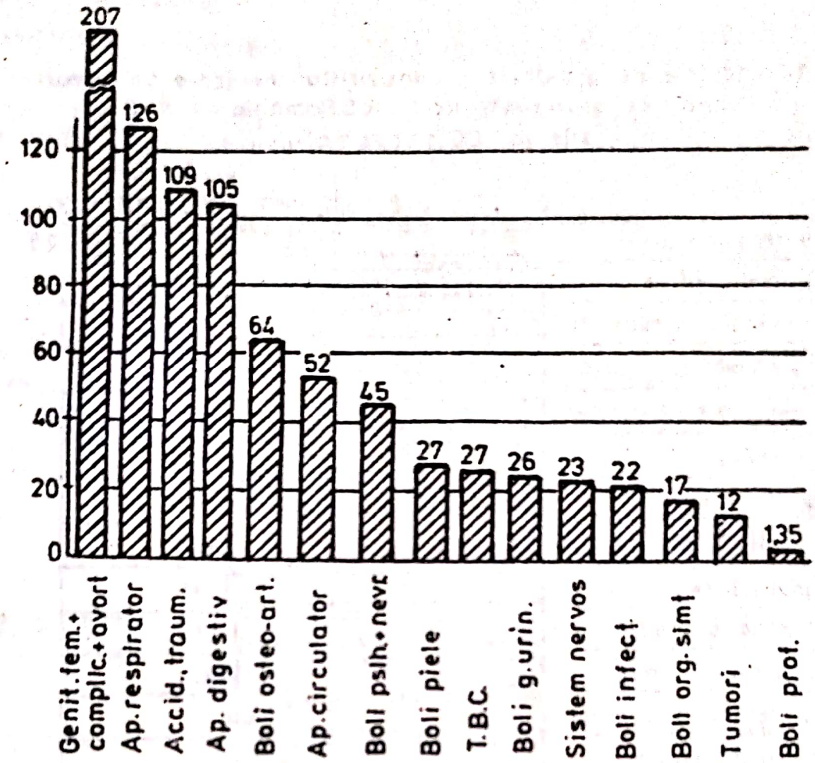
unităţile de stat şi anume : tuberculoza, bolile digestive, traumatismele, bolile genito - urinare ş.a. care, numai acestea dau 2/3 din numărul total al zilelor absentate din activităţile cooperativei agricole de producţie .

---

x) Rugină V şi colab.- Aspecte ale morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă la cooperatorii agricoli din judeţul Iaşi în 1973, prezentată la USSM Constanţa - sept. 1974 .

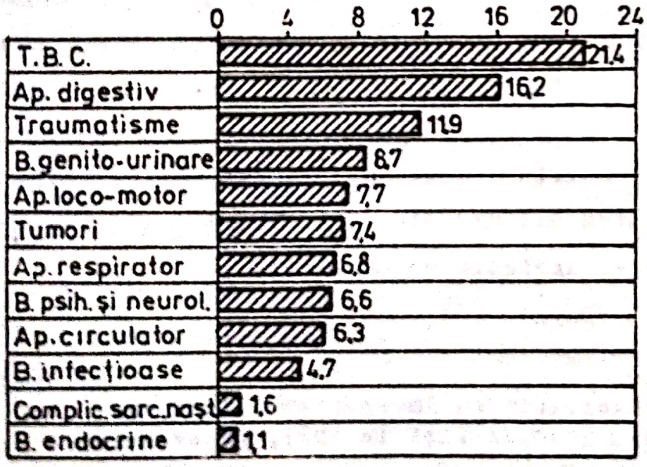
Scanned with OKEN Scanner

Fig. 18 - Indicii de gravitate a concediilor medicale pe grupe de boli în România - 1980 - zile la 100 personal



NOTA: boli genit. fem. + complic. sarcină, naştere, lehuzie + avort calculat la 100 femei

Fig. 19 - Structura absenteismului din producţie datorită bolii, la cooperatorii agricoli din jud. Iaşi - 1974 (zile pe clase de boli, la 100 din total zile concediu medical)



Morbiditatea cu invaliditate cuprinde cazurile de îmbolnăvire ce au provocat pierderea totală sau parţială, definitivă sau pe o durată mai mare de timp a capacităţii de muncă la personalul ocupat în producţia socială. După epuizarea celor 180 zile de concediu medical datorită bolii în ultimile 12 luni (respectiv, pentru tuberculoză, 12 - 18 luni în ultimii 2 ani) sau de la început pentru bolile grave, propunerea comisiei

de pensii a unităţii socialiste şi analiza cazului de către CMRCM a judeţului de domiciliu a bolnavului este definitivată de către Comisia Judeteană de pensii [x]. Aceasta hotărăşte asupra pensionării şi gradului de invaliditate (stabilit pe criterii [xx] de diagnostic clinic, diagnostic funcţional şi de evaluare a capacităţii de muncă) : gradul I - pierderea totală a capacităţii de muncă asociată cu pierderea capacităţii de auto îngrijire, gradul II - pierderea totală a capacităţii de muncă cu păstrarea capacităţii de autoîngrijire şi gradul III - pierderea parţială ş capacităţii de muncă (continuarea activităţii cu 1/2 de timp zilnic de muncă) . Serviciile medicale teritoriale şi din întreprindere iau pensionaţii în supraveghere medicală diferenţiată şi tratament pentru recuperarea sănătăţii şi capacităţii de muncă, iar periodic (aproxim. 6 luni) . CMRCM expertizează pensionatul în scopul reinserţiei în activitatea productivă. Pe timpul pensionării se plăteşte o pensie în funcţie de gradul de invaliditate, de cauza invalidării (bolile profesionale şi accidentele de muncă au cuantum maxim) şi de valoarea retribuţiei tarifare la data pensionării .

In studiul morbidităţii cu invaliditate, unitatea statistică de lucru este persoana invalidă (cu una sau mai multe boli), iar sursa informaţiilor este reprezentată de decizia de pensie elaborată de Comisia de pensii a judeţului (de reşedinţă a bolnavului) . Pe baza acestora, nivelul şi structura morbidităţii cu invaliditate se apreciază în principal cu ajutorul a doi indicatori : de incidenţă (suma cazurilor noi dintr-o perioadă raportată la 1ooo personal) şi de prevalenţă (număr invalizi existenţi la un moment dat raportaţi la 1ooo personal) :

- incidenţa invalidităţii pentru anul 198o = $\frac{\text{Total cazuri noi de invaliditate apărute în 198o}}{\text{Nr.mediu personal 198o}} \times 1000$

- prevalenţa invalidităţii la 31. dec.198o = $\frac{\text{Invalizi existenţi (noi şi vechi) la 31.dec.198o}}{\text{Nr.personal la 31.dec.198o}} \times 1000$

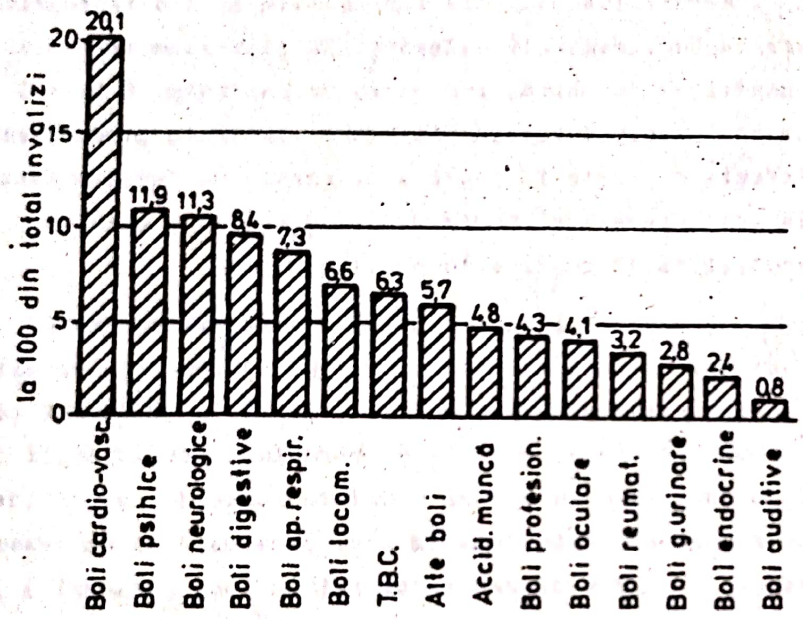
Cu ajutorul acestora se analizează morbiditatea cu invaliditate pe total , ramuri economice, industriale şi întreprinderi, pe grade de invaliditate, sexe, vîrste şi vechime în muncă etc. Rezultatele pe clase de boli ne redau nivelul, evoluţia, structura şi informaţii asupra cauzelor invalidităţii şi - ca urmare - asupra măsurilor necesare pentru reducerea ei .

---

x) Reglementări prevăzute de legea 3/1977.
xx) Broşură elaborată pentru serviciile medicale şi CMRCM de Min. Sănătăţii şi Min.Muncii, aprobată de Consiliul Sanitar Superior, 1978 .

In țara noastră structura prevalenței invalidității pe clase de boli din 198o, pentru personalul din sistemul asigurărilor sociale de stat, arată (pentru toate ramurile economiei și toate gradele) că primele patru cauze sînt : bolile cardiovasculare ce contribuie cu 1/5 în totalul invalizilor (reprezentați mai ales de hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică și valvulopatii decompensate), bolile psihice (mai ales psihopatiile), bolile neurologice (în care predomină discopatiile și sechelele accidentelor vasculare cerebrale) și bolile digestive (reprezentate mai ales de hepatopatii și boala ulceroasă operată). Aceste prime patru clase de boli dau împreună 52 % în totalul invalizilor existenți. (fig.2o)- Nivelul și structura invalidității reflectînd nu numai caracterul grav - adesea ireversibil - al îmbolnăvirilor existente în populație ci și factorii multipli ce le-au generat sau le-au întreținut diferă de la o ramură economică, industrială sau întreprindere la alta și - în absența schimbării reglementărilor de încadrare în grade de invaliditate se modifică la mari intervale de timp. In ultimii 1o ani a scăzut invaliditatea datorită bolilor profesionale, accidentelor de muncă, tuberculozei, bolilor digestive și a crescut datorită bolilor cardiovasculare, bolilor psihice și neurologice. Din totalul invalizilor existenți, aproximativ 3/4 îl reprezintă cei de gradul II, urmat de gradul III (21 %), iar gradul I are ponderea cea mai redusă (aproximativ 3 %) .

Fig.20- Structura invalidității pe clase de boli în R.S.R. pe anul 1980

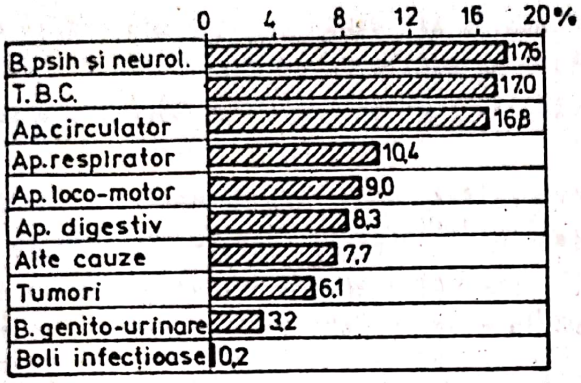


Pentru un alt sector al economiei, cu sistem separat de asigurări sociale (cooperativele agricole de producție), tabloul morbidității cu invaliditate dintr-un teritoriu mai restrîns (fig. 21) are ca prime trei cauze : bolile psihice și neurologice, tuberculoza și bolile aparatului circulator, acestea contribuind împreună cu 51,4 % în totalul invalizilor (gradul I și II) existenți în acest sector (fig. 21) .

Studiul morbidității cu invaliditate în populația de vîrste active ocu-

pată în producţia socială are şi alte aspecte. Unui din ele se referă la schimbarea continuă în structura invalizilor (după diferite caracteristici) produsă de stabilitatea în timp a unora, de trecerea unor persoane de la un grad de invaliditate la altul în aceiaşi boală sau în altă boală principală, de reintrarea pensionatului în munca productivă sau din contra, reintrarea în invaliditate după o perioadă de activitate productivă. Unii invalizi pentru a-şi relua activitatea productivă necesită schimbarea locului de muncă sau a profesiunii ceea ce implică reorientare cu reinstrucţie profesională .

Fig.21- Structura invalidităţii pe clase de boli, la cooperatorii agricoli din jud. Iaşi-1974



Un alt aspect îl reprezintă bolile ce produc invaliditatea : aproape de regulă există mai multe boli asociate, din care - în gruparea invalizilor pe clase de boli - se selectează cea mai gravă, analog ca în stabilirea cauzei de boală a decesului .

Ca urmare, în fiecare etapă, există boli ce produc mai frecvent, "invalidarea " iar altele care o produc mai rar. Studiul din acest punct de vedere raportează numărul invalizilor de boală la 100 bolnavi de aceiaşi boală (similar cu decesele la 100 bolnavi de o boală), de exemplu :

$$\text{invalidarea datorită silicozei} = \frac{\text{Nr. invalizi datorită silicozei}}{\text{Nr. bolnavi de silicoză}} \times 100$$

Ordonarea bolilor după acest criteriu aduce elemente suplimentare pentru programul teritorial de reducere a morbidităţii şi de intervenţie prin măsuri sociale, economice şi de activitate a serviciilor medicale .

In general, morbiditatea cu invaliditate este mai puţin studiată. Elaborarea tabelelor de invaliditate - asemănător tabelelor de mortalitate - aduce rezultate exacte şi detalii pe ramuri economice şi industriale, pe sexe, vechime în muncă, grade de invaliditate etc. utile în reducerea morbidităţii şi a multiplelor ei implicaţii .

Cu metode şi tehnici similare se poate cunoaşte incapacitatea temporară şi invaliditatea datorită bolilor la populaţia şcolară de toate vîrstele .

Nivelul şi structura morbidităţii incapacităţii temporare de muncă şi a invalidităţii sînt condiţionate de multipli şi variaţi factori - care necesită să fie luaţi în considerare în analiză - şi anume :

- ponderea vîrstelor avansate şi a sexului feminin în structura persona - lului (unităţile " bătrîne " şi " feminine " au nivele mari de prevalenţă a be - lilor şi cu forme mai deosebite de boală) ;

- condiţiile de muncă mai deosebite din unele ramuri industriale (cărbu- nelui, extractivă), aplicarea măsurilor de protecţia muncii ;

- nivelul general de instrucţie, al instrucţiei de protecţie a muncii cît şi al instrucţiei sanitare ;

- orientarea şi auto orientarea profesională diferenţiată a tinerilor de la intrarea în pregătirea în profesiune şi în vederea încadrării în muncă ;

- adaptarea la solicitarea şi la programul procesului de producţie ;

- selecţia medicală la angajare în muncă şi eficienţa controalelor medi - cale periodice şi preventive ;

- accesibilitatea şi adresabilitatea la asistenţă medicală şi la obţine - rea concediului medical sau a pensionării ;

- modul de viaţă în afara timpului de muncă şi modul de alimentaţie ;

- aplicarea profilaxiei primare, secundare şi terţiare privind îmbolnăvi- rile şi factorii ce le condiţionează din mediul de muncă şi de viaţă ;

- mărimea ajutorului de boală sau a pensiei de invaliditate şi suprauti- lizarea concediului medical şi a pensionării de boală de către persoană pentru alte motive decît cele strict ale sănătăţii. In acest sens, se remarcă - în ma - joritatea teritoriilor de pe glob - că frecvenţa concediilor medicale este mai mare în jurul zilei de repaos săptămînal şi a sărbătorilor ca durată de cîteva zile (aspecte existente şi în şcolile de toate gradele), iar numărul de noi in - validizi datorită bolii , creşte înainte şi după reglementări cu caracter organi- zatoric sau administrativ .

Incapacitatea temporară de muncă şi invaliditatea datorită bolii au nu numai cauze dar şi implicaţii social - economice şi familiale. Acestea produc pierderi economiei prin absenteismul din producţie , generează cheltuieli din bugetul sanitar şi al familiei pentru îngrijirea şi refacerea sănătăţii, impli- că cheltuieli din bugetul Asigurărilor Sociale pentru plata ajutorului de boală erc. De aceea cunoaşterea şi reducerea factorilor cauzali ce le condiţionează constituie - în programele sanitare - obiective cu multiple efecte : umane ,so- ciale, economice etc.

Dar, în afară de morbiditatea cu incapacitate temporară sau invaliditate- care în ţara noastră se referă curent numai la populaţia de vîrste active ocu- pată în producţia socială - mai există şi alte aspecte de gravitate deosebită

consecinţe ale bolilor, traumatismelor şi intoxicaţiilor ce privesc populaţia de toate vîrstele şi care durează tot restul vieţii. Ele sînt denumite :[x] infirmitate, incapacitate şi handicap .

Infirmitatea se referă la pierderea sau la dereglarea unei structuri sau funcţii fizice,psihologice sau anatomice ce se exteriorizează ca stări patologice, anomalii de structură, aspect al corpului ori sub forma funcţionării unui organ sau aparat.Principalele infirmităţi sînt : intelectuale, psihice, de limbaj, senzoriale(auditive, oculare),motorie,desfigurare, viscerale etc.

Aceiaşi specialişti OMS definesc incapacitatea ca orice reducere sau pierdere a capacităţii ce determină persoana să nu-şi îndeplinească în mod normal activitatea. Incapacitatea este consecinţa unei boli,traumatism,intoxicaţii sau anomalii congenitale. S-a estimat că există pe glob aproxim. 4oo mil.de persoane cu una sau mai multe incapacităţi(1 din 1o loc.de toate vîrstele)-tabel 35 bis şi cu o varietate de cauze medicale.

Tabel 35 bis-CAUZELE MEDICALE ALE INCAPACITATII SI NUMARUL HANDICAPATILOR ESTIMATI DE OMS PE GLOB-1976[x])

Cauze medicale	Nr. handicapaţi în milioane	La 100 din total handicapaţi	Prevalenţa la 100 loc. (4 miliarde)
1.Tulburări congenitale -total	100	19,3	2,5
- defecte somatice ereditare	40	7,7	1,0
-întîrziere mintală	40	7,7	1,0
-tulburări negenetice	20	3,9	0,5
2. Malnutriţie	100	19,3	2,5
3.Boli somatice netransmisibile	100	19,3	2,5
4.Traumatisme/răniri total	78	15,2	1,95
-accidente de circulaţie	30	5,8	0,75
-accidente prin foc	30	5,8	0,75
-accidente profesionale	15	2,9	0,38
-altele	3	0,7	0,08
5.Boli transmisibile, total	56	11,0	1,4
-trahom	10	1,9	0,25
-lepră	35	0,7	0,09
-poliomielită	1,5	0,4	0,04
-oncocercoză	1	0,3	0,03
-alte boli transmisibile	40	7,7	1,0
6.Tulburări psihice funcţionale	40	7,7	1,0
7. Alcoolism şi abuz de droguri (forme cronice)	40	77	1,0
8. Alte cauze	2	0,5	0,05
TOTAL	516	100,0	12,9
Corecţie prin dubla încadrare a cazurilor (-25%)	-129		
TOTAL	387		9,7

Iar prin handicap se înţelege defectul -consecinţă a unei infirmităţi sau incapacităţi - ce împiedică persoana să-şi îndeplinească normal funcţiile sale,corespunzătoare sexului,vîrstei sau situaţiei sale sociale ori cultdrale.Defectul rezultat poate fi de orientare ,psihic,profesional,de mobilitate, de integrare socială,de independenţă economică.Numărul handicapaţilor şi cauzele lor medicale într-un teritoriu pot fi cunoscute prin anchete special organizate sau (mai puţin costisitoare) cu ocazia executării recensămîntului populaţiei (folosind o metodologie adecvată şi simplă). Rezultatele obţinute completează tabloul morbidităţii populaţiei cu aspectele de gravitate deosebită ale bolii şi oferă elemente pentru cunoaşterea cauzelor şi instituirea măsurilor complexe (sociale,economice şi medicale)necesare prevenirii lor şi asistenţei medico-sociale a deficienţilor, infirmilor şi handicapaţilor:tratament medical-chirurgical-balnear-ergoterapic , protezare,instruire profesională în şcoli speciale pentru încadrarea într-o muncă , internarea în unităţi speciale (cămine, cămine - şcoală, cămine-spital).

---

x) Chronique OMS, 198o pag. 4o2 şi Santé du Monde, ian.1981 pag.7.

3.2.4. Morbiditatea spitalizată cuprinde îmbolnăvirile a căror diagnostic şi/sau tratament nu se pot rezolva în serviciile medicale ambulatorii sau la domiciliu. Ea redă aspectele de gravitate stadiu acut sau reacutizare ale bolii din populaţie pe baza internărilor şi reinternărilor în spital a unei persoane, pentru aceiaşi boală sau o altă boală, cu sau fără asociaţii, pentru agravări sau complicaţii. Unitatea de studiu în statistica spitalizărilor este bolnavul cu diagnosticul principal înscris la externare în foaia de observaţie .

Această formă de expresie a morbidităţii are un grad mai mare de exactitate datorită calificării personalului, mijloacelor de diagnostic şi observării continui a bolnavului. Dar este incompletă, chiar la aceiaşi formă de gravitate a bolii, pentrucă spitalizarea bolnavului este condiţionată de : gradul de asigurare cu paturi a teritoriului, încadrarea cu personal medical şi tehnicitatea acestuia, dotarea cu aparatură şi condiţiile de îngrijire, gratuitatea acestei asistenţe medicale, acceptarea bolnavului de a se spitaliza etc.

De aici rezultă că internările dintr-un spital nu poate reda morbiditatea mai deosebită a populaţiei din teritoriu, întîi pentrucă imaginea bolii spitalizate e alta decît imaginea bolii din populaţie, apoi unii bolnavi internîndu-se în spitale din alte teritorii, o parte din bolnavi îşi repetă spitalizarea în decursul unui an, iar unele forme de boală deosebit de grave nu mai ajung să fie spitalizate. Ca urmare, în analiza morbidităţii spitalizate este necesar să se ţină seama de aceste elemente mai ales în compararea ei la intervale de timp .

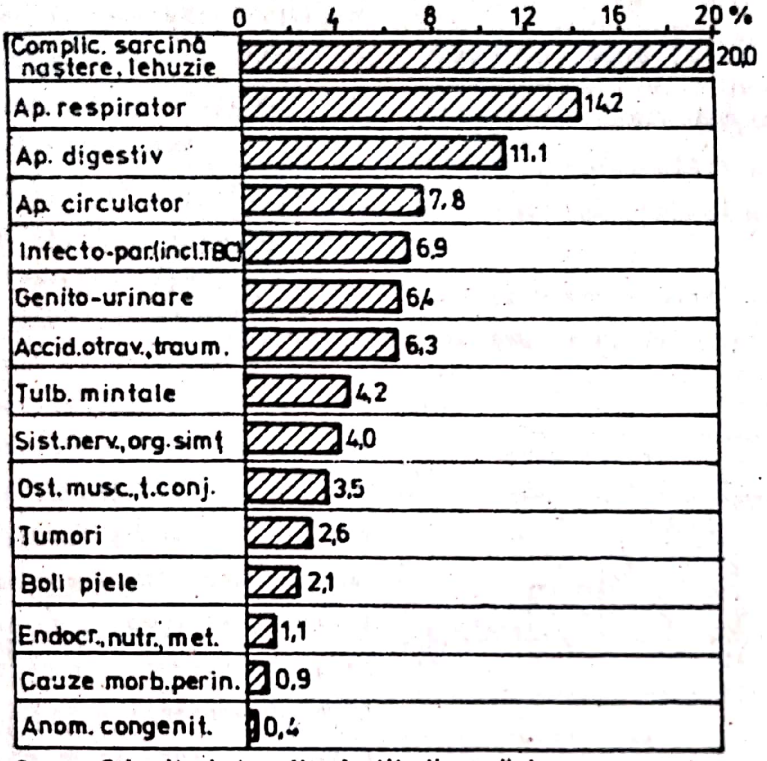
Intrucît internările nu se referă strict la teritoriul atribuit spitalului , cît şi pentru motivele arătate mai înainte, în aprecierea morbidităţii spitalizate nu se folosesc indicatori de intensitate (bolnavi raportaţi la populaţie) ci indicatori de structură (spitalizaţi sau zile de spitalizare pentru o boală din totalul spitalizaţilor sau din totalul zilelor de spitalizare). Din aceleaşi considerente morbiditatea spitalizată se foloseşte complementar în studiul morbidităţii generale şi în principal pentru evaluarea activităţii spitalelor şi a consumului medical şi financiar generat de boli .

Cu ajutorul indicatorilor de structură se apreciază morbiditatea spitalizată pe boli (clase de boli), sexe, vîrste, medii de reşedinţă, durate de spitalizare etc.

Intr-un an recent (1978) structura morbidităţii spitalizate are ca principale cauze de boală : complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lăuziei, bolile aparatului respirator (din care 7/10 sînt boli acute ale căilor respiratorii superioare, pneumoniile şi bronhopneumoniile), bolile aparatului digestiv (în

cadrul acestora, apendicita, bolile ficatului şi căilor biliare şi maladia ulceroasă participă cu 54 %), bolile aparatului circulator (41 % din aceste spitalizări sînt datorită hipertensiunii arteriale şi cardiopatiilor ischemice), bolile infecto-parazitare (57 % din ele sînt reprezentate de hepatită virală, tuberculoză, enterita şi alte boli diareice infecţioase), boli genito-urinare, accidente-otrăviri şi traumatisme, tulburări mintale etc. Important pentru analiza morbidităţii este că primele clase de boli reprezintă 53 % din totalul spitalizărilor (fig.22).

Fig.22-Spitalizaţi pe clase de boli în 1978 în R.S.România - la 100 din total -



Sursa: Situaţia bolnavilor ieşiţi din spitale. Min. Sănătăţii - Centr. Calcul şi St. Sanit. 1979

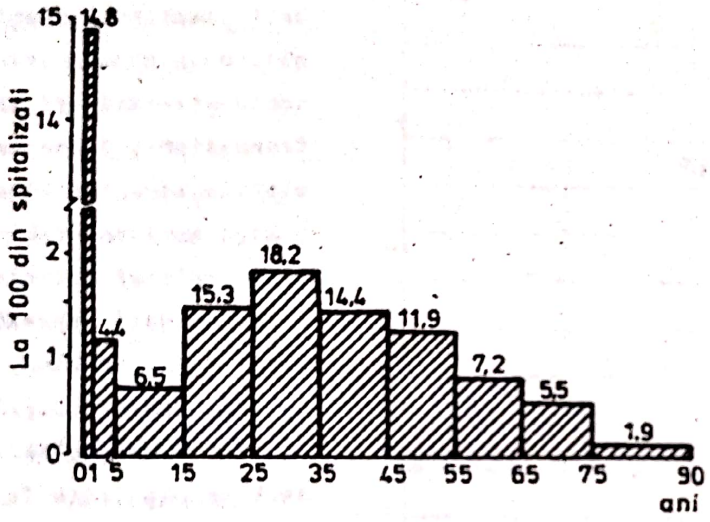
In cadrul spitalizărilor populaţia feminină a reprezentat 59,4%, cu internări mai frecvente pentru complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lăuziei, pentru bolile aparatului respirator, ale aparatului digestiv şi ale organelor genito-urinare. Iar populaţia masculină are spitalizări mai frecvente pentru boli ale aparatului respirator, ale paratului digestiv şi pentru traumatisme-accidente.

In acelaş an structura pe vîrstă a spitalizaţilor are - pentru un an vîrstă - un volum mai mare de internări în primul an de viaţă (14,8 din 100 spitalizaţi), scade către vîrsta de 15 ani (1,1 % pentru 1 - 4 ani şi 0,65 % între 5 şi 14 ani pentru fiecare an de vîrstă) unde are nivelele cele mai scăzute, apoi creşte avînd un maximum între 25 şi 34 ani (1,82 de fiecare an vîrstă din 100 internaţi) cu valori mult inferioare primului an de viaţă, după care scade odată cu înaintarea în vîrstă (fig. 23). In totalul internaţilor pe vîrste predomină : bolile aparatului respirator la primii 15 ani ani de viaţă, complicaţiile sarcinii, naşterii şi lăuziei la vîrstele între 15 şi 44 ani, bolile digestive la 45 - 54 ani şi bolile aparatului circulator după vîrsta de 55 ani ;

La bolnavii spitalizaţi ponderea cea mai însemnată a deceselor a fost dată de vîrstele avansate (65 - 74 şi 55 - 64 ani) prin boli ale aparatului circulator, ale aparatului respirator şi traumatisme şi de primul an de viaţă, prin boli acute ale aparatului respirator .

In studiul morbidităţii populaţiei, îmbolnăvirile spitalizaţilor sînt importante nu numai prin diagnosticul mai exact ce-l asigură spitalul ci şi prin multiple alte aspecte sau implicaţii sociale, economice, familiale şi personale ce le generează spitalizarea : costul cel mai mare al acestor îngrijiri medicale la care se adaugă cheltuielile din partea familiei şi contravaloarea ajutorului de boală la persoanele ocupate în producţia socială, absenţa din familie şi din producţie (pentru oamenii muncii) sau din procesul instrucţiei (pentru vîrstele şcolare) etc.Acestea determină serviciile de sănătate teritoriale să solicite celorlalte servicii medicale îngrijirea unor forme de boală în dispensare, policlinici sau la domiciliul bolnavului .

Fig.23 - Histograma structurii pe grupe de vîrste a bolnavilor spitalizaţi în 1978 - R.S.România - la 100 din total spitalizaţi -



Cu toate acestea, în absenţa cunoaşterii incidenţei şi prevalenţei bolilor în populaţie (prin anchete medicale sau cu ocazia examinărilor medicale din serviciile ambulatorii) morbiditatea spitalizată - ataşată tabloului mortalităţii pe boli - constituie o importantă sursă de informaţii în analiza morbidităţii populaţiei .

3.2.5. <u>Mortalitatea specifică pe cauze de boală</u> - prezentată într-un capitol anterior - are ca unitate de studiere cazul de boală de cea mai mare gravitate ce a provocat decesul. In teritoriile în care lipsesc posibilităţile de cunoaştere a celorlalte forme de expresie a morbidităţii, datorită înregistrării totale a deceselor,cauzele de boală ce au provocat decesul constituie sursa principală de informaţii asupra morbidităţii populaţiei .

3.2.6. - Morbiditatea individuală sau pe persoane -

Reprezintă morbiditatea rezultată printr-o altă formă de studiu în care unitatea statistică de lucru este persoana bolnavă şi nu cazul de boală (nou , existent, spitalizat) ca în formele de expresie anterioare ale morbidităţii. Dar, persoana bolnavă poate prezenta la un moment dat una sau mai multe boli şi care constituie principala caracteristică a acestei forme de expresie a morbidităţii.

O a doua particularitate a ei o constituie faptul că poate fi cunoscută numai prin anchete medicale în populaţia teritorială sau în colectivităţi cu care prilej se poate stabili persoanele cu una sau mai multe boli pe vîrste, sexe, ocupaţii, medii de reşedinţă etc.

Tehnicile de apreciere (măsurare) raportează numărul persoanelor cu 1,2 etc. boli la efectivul examinaţilor sau numai la efectivul bolnavilor, de exemplu :

$$\text{Proporţia persoanelor cu o singură boală la data anchetei medicale} = \frac{\text{Nr. persoane cu o singură boală la data examinării medicale}}{\text{Nr. persoane examinate}} \times 100$$

In mod asemănător se calculează proporţia persoanelor cu 2,3,4 etc. boli sau pe sexe, vîrste, medii de reşedinţă etc.

După modul de observare a fenomenului, morbiditatea individuală se aseamănă cu prevalenţa de moment (unde evenimentul este cazul de boală existent, iar la morbiditatea individuală evenimentul este reprezentat de persoana bolnavă cu o boală, cu două boli etc. existentă la data anchetei medicale) .

La ancheta medicală din România[x)] realizată în 1959/1961 (cuprinzînd 5,03% din toată populaţia) a rezultat că 43 % din examinaţi erau bolnavi de una sau mai multe boli (masculin - 36,3% şi feminin - 48,5 %), iar din totalul de bolnavi (ambele sexe) 62 % sufereau de o boală, 25 % de două boli, 10 % de trei şi mai multe boli. Distribuţia pe vîrste a proporţiei de bolnavi (fig. 24) arată frecvenţe scăzute între 10 şi 20 ani, creşterea acesteia odată cu înaintarea în vîrstă şi proporţii mai mari pentru toate vîrstele la populaţia urbană .

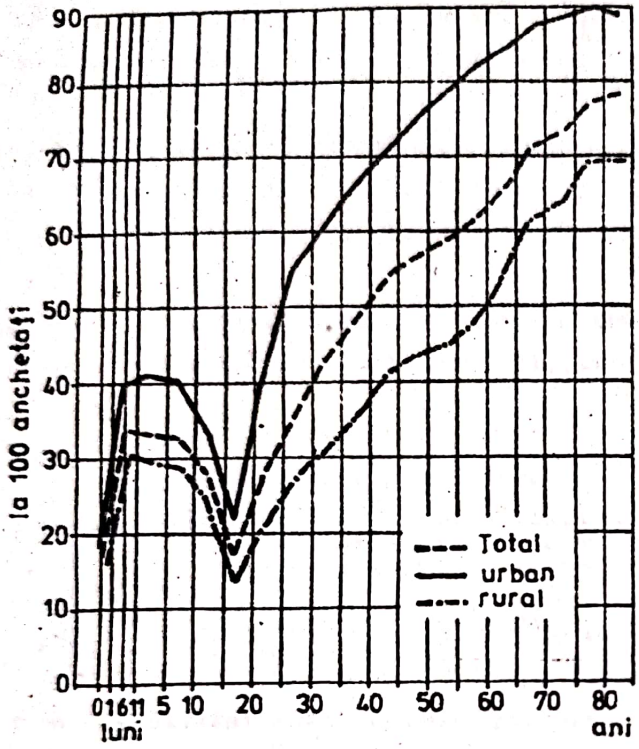
Anchete medicale mai restrînse din 1974 şi numai la populaţia în vîrstă de 17 - 100 ani a arătat o proporţie de bolnavi (cu una sau mai multe boli) de 91 % , o supramorbiditate feminină şi la populaţia din urban şi creşterea pro -

---

x) Cahiers de Santé Publique - Genève, OMS, 27/1967, pag.159

porţiei de bolnavi paralel cu înaintarea în vîrstă. Iar la examenele medicale pentru încadrare în muncă, la controlul medical periodic al personalului muncitor şi pentru eliberarea certificatului prenupţial în anul 1972 pe ţară -62 % din examinaţi făcuşe anterior cel puţin o boală .

Fig.24-Morbiditatea pe contingente în România (ancheta 1959-1961)



Cunoaşterea proporţiei persoanelor cu mai multe boli şi a bolilor concomitente ce se asociază cel mai frecvent- fie datorită unor cauze comune, fie pentrucă una este complicaţia alteia - oferă informaţii importante în elaborarea programelor teritoriale de sănătate .

3.2.7. <u>Morbiditatea succesivă sau în dinamică</u> se poate cunoaşte plecînd de la morbiditatea pe persoane rezultată dintr-o examinare medicală iniţială a populaţiei . Reprezintă un studiu individualizat în dinamică ce se realizează prin examinarea anuală sau la intervale fixe mai mari a aceleiaşi populaţii anchetate iniţial. Această metodă asigură cunoaşterea noilor îmbolnăviri, a agravărilor, asociaţiilor, complicaţiilor şi a rezolvării acestora ce apar la acelaş lot de persoane. Metoda de studiu a morbidităţii succesive este cea longitudinală prospectivă. Deşi laborioasă şi costisitoare este valoroasă prin rezultatele ce le oferă : cunoaşterea bolilor şi modului de evoluţie a acestora în contextul factorilor ce le generează sau le întreţin şi aprecierea eficienţei activităţii serviciilor medicale şi a cooperării bolnavilor în rezolvarea propriilor îmbolnăviri. Introducerea carnetului de sănătate permite cunoaşterea îmbolnăvirilor, a duratei şi a modului de evoluţie a acestora, la nivel individual şi la de colectivitate, iar prelucrarea automată a datelor acestuia va asigura promptitudinea şi calitatea rezultatelor .

3.2.8. Valoarea şi importanţa formelor de expresie ale morbidităţii

Aşadar, cînd utilizăm termenul de morbiditate ne referim în general la "alterarea sănătăţii" populaţiei înglobînd toate formele ei de expresie .

Cunoaşterea şi folosirea nivelelor formelor de expresie ale morbidităţii se face în raport cu ceea ce reprezintă fiecare şi cu scopul analizei. Astfel, incidenţa redă potenţialul şi aspectul dinamic al îmbolnăvirilor pe cînd prevalenţa redă aspectul static (la un moment dat) al bolilor din populaţie ; prin informaţiile diferite ce le aduc se completează util în cunoaşterea bolilor acute şi a celor de lungă durată în populaţie cît şi a factorilor ce le condiţionează .

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi cu invaliditate, ca forme mai deosebite ale bolii, folosesc în aprecierea gravităţii şi a implicaţiilor ei economice prin posibilitatea asocierii dimensiunilor monetare .

Morbiditatea spitalizată completează informaţiile prin exactitatea diagnosticelor bolii şi prin aspecte ale cheltuielilor din bugetul colectivităţii, al familiei şi prin pierderile economice datorită absenteismului din producţie.

Insfîrşit morbiditatea pe persoane şi cea succesivă oferă multiple şi valoroase informaţii privind asocierea şi evoluţia bolilor (separat sau pe persoane) dar implică studii laborioase şi tehnic organizate .

In studiul morbidităţii, mortalitatea serveşte ca o " busolă" ce orientează asupra gravităţii bolii, asupra implicaţiilor şi cauzelor ei. Pînă recent mortalitatea a fost studiată mai mult decît morbiditatea pentrucă decesele :

- se înregistrau în totalitate şi de mult timp ;
- ofereau date numerice exacte ce se obţineau lesnicios ;
- urmau la intervale scurte de la debutul bolii, dădeau nivele mari de mortalitate în bolile transmisibile (mai frecvente şi mai spectaculare) oferind astfel aprecieri satisfăcătoare pentru îmbolnăviri ;

Odată cu reducerea mortalităţii şi creşterea ponderii bolilor cronice, "serviciile " mortalităţii au devenit nesatisfăcătoare pentru studiul morbidităţii şi a cauzelor acesteia întrucît decesul e un eveniment nerepetabil iar îmbolnăvirea este repetabilă şi pentrucă în stabilirea cauzelor mortalităţii e necesar ca mai întîi să se cunoască mecanismul de producere şi factorii ce condiţionează boala .

Deşi, studiul morbidităţii - datorită complexităţii - este mai puţin avansat ca studiul mortalităţii, prin asocierea adecvată a formelor sale de expresie

cîştigă în importanţă pentru următoarele considerente :

- redă, mai mult decît mortalitatea, nivelele variatelor aspecte de "alterare a sănătăţii ", cu distribuţia lor în spaţiu, în timp şi după diferite caracteristici personale (sex, vîrstă, medii sociale, nivele de instrucţie etc) ;

- furnizează elemente asupra implicaţiilor sociale, economice, familiale şi personale ale bolii ;

- oferă informaţii asupra factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire din mediul şi modul de viaţă şi de muncă, necesari aplicării profilaxiei bolilor ;

- constituie suportul stabilirii necesarului privind profilul şi capacitatea serviciilor medicale (de medicină generală şi de specialitate, ambulatorii şi spitaliceşti) şi pentru iniţierea de acţiuni medicale (preventive şi curative) ;

- reprezintă unul din criteriile de apreciere a eficienţei activităţii serviciilor medicale şi a cheltuielilor bugetare pentru asistenţă medicală ;

- constituie suportul în elaborarea şi evaluarea programelor de sănătate şi a includerii acestora în programele teritoriale de dezvoltare social - economică ;

- indicatorii stării de sănătate - în general , ai reducerii bolilor ce le generează şi a implicaţiilor lor - în special , trebuie să constituie parametri proprii de referinţă pentru activitatea tuturor sectoarelor social - economice ce concură la obţinerea progresului general ; pentrucă sănătatea colectivităţii e o condiţie şi o măsură a acestuia, o componentă a bunăstării şi calităţii vieţii .

Datorită acestor ultime motive, indicatorii formelor de expresie ale morbidităţii sînt folosiţi ca argumente şi în alte multiple acţiuni şi activităţi social- economice şi culturale ce intră în relaţie cu sănătatea, din care prezentăm următoarele :

- în aprecierea nivelului de instrucţie sanitară şi a comportamentului faţă de sănătatea proprie şi a grupului ;

- în prezentarea condiţionării bolilor de starea de igienă (boli transmisibile în relaţie cu calitatea apei potabile sau cu defecţiuni în sistemul de aprovizionare cu apă şi de canalizare) ;

- în prezentarea nivelului şi evoluţiei bolilor profesionale şi a accidentelor de muncă în relaţie cu măsurile de igienă şi protecţia muncii şi cu cheltuielile acestora ;

- în asocierea frecvenţei bolilor respiratorii cu gradul de poluare a aerului ;

- în asocierea tulburărilor de vedere şi a deformărilor coloanei vertebrale la copii cu condiţiile de igienă din şcoli ;

- în prezentarea deficienţelor psiho-intelectuale la preşcolari în rela-

ţie cu carenţe în educaţia din familie şi din colectivităţi ;

- în prezentarea sănătăţii familiei în relaţie cu alimentaţia raţională şi cu condiţiile de locuit (şi cu folosirea lor) ;

- în asocierea unor grupe de boli, traumatisme, intoxicaţii cu deficienţe în sistematizarea , structura şi funcţionarea centrului populat (orientarea de - fectuoasă a industriei în raport cu cartierele de locuit ; absenţa sau insuficienţa spaţiilor verzi, a spaţiilor de agrement, de joacă pentru copii şi a terenurilor de sport ; aglomerări de circulaţie stradală cu poluare fonică şi chimică, frecvenţe mari ale rezidenţei populaţiei în alte cartiere sau la mari distanţe de locul de muncă etc) ;

- starea de igienă a locurilor şi localurilor publice în relaţie cu sănă - tatea sau îmbolnăvirile populaţiei sau a consumatorilor etc .

In asemenea aspecte, bolile ca efect a factorilor cauzali pot constitui suportul măsurilor preventive sau de redresare a unor structuri sau funcţionali - tăţi defectuoase a centrelor populate .

3.3. Metode de cunoaştere şi de apreciere a morbidităţii populaţiei

3.3.1. Utilizarea diagramei lui Lexis x) în studiul morbidităţii

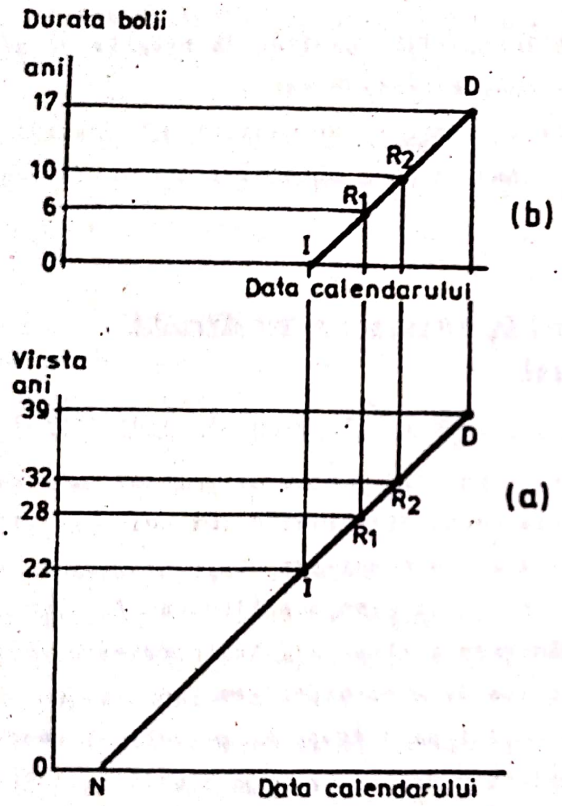
In studiul morbidităţii, timpul este una din variabilele importante cu care se măsoară frecvenţa bolii, în evoluţie (după diviziunile lui calendaristice) şi durata ei sau schimbările în boală faţă de un eveniment anterior. Datele statistice ale formelor de expresie ale morbidităţii sînt stabilite ca în practică să apară concomitent ambele tipuri de măsurare a timpului. Interpretarea acestora este uşurată prin folosirea unor procedee de prezentare grafică, aşa cum s-a realizat şi în demografie. Inscrierea timpului pe o dreaptă, pe care un punct reprezintă un moment iar un segment reprezintă o durată, ne ajută atît în calculul vîrstei, duratei bolii în număr întreg de ani sau de luni cît şi transpunerea acestora în timpul calendaristic, atît pentru o persoană cît şi pentru loturi de persoane ce sînt supuse studiului morbidităţii . Restrîngerea datelor pe grupe cincinale, folosind cele două feluri de măsurare (vîrste, durate ale bolii şi respectiv timpul calendaristic), permit să se opereze în variate dimensiuni ale loturilor de persoane în studiu. Pentru a înţelege modul în care se combină măsurarea timpului în cele două optici - după calendar şi în funcţie de durata scursă de la un eveniment anterior - pe abscisă se trec datele calendaristice iar pe

x) Iniţiată de W.Lexis (188o) ca reprezentare grafică a mortalităţii cu ajutorul punctelor mortuare a fost perfecţionată ulterior pentru analizele demografice (R.Pressat ş.a.) - R.Pressat - Analiza demografică - Ed.ştiinţifică - Buc. 1974, pag. 88 .

Scanned with OKEN Scanner

ordonată se înscrie vîrsta (durata de la naştere) - fig. 25 .- La naştere, persoana este trecută pe axa orizontală în punctul N, care corespunde datei la care a avut loc evenimentul. Pe măsură ce înaintează în viaţă, persoana se de - plasează pe o dreaptă înclinată cu 45° faţă de orizonatlă, pentrucă timpul se scurge în acelaş mod, fie că este măsurat pe scara datelor calendarului fie că este măsurat pe scara vîrstelor persoanei. Pe linia vieţii acestei persoane se poate no- ta : îmbolnăvirea (I)- practic, de- pistarea unei boli - la vîrsta de 22 ani, recăderile pentru aceiaşi boală (R_1 şi R_2) la vîrstele de 28 şi 32 ani şi decesul - întreruperea liniei vieţii (D) la 39 ani împli - nită. Dar, în studiul morbidităţii, plecînd de la o persoană şi de la formele de evoluţie a unei singure boli, pe scara abscisei pot apare numai datele calendaristice în legă- tură cu acestea iar pe scara ordona- tei durata totală a bolii şi a in - tervalelor dintre diferitele eve - nimente ale acesteia (fig. 25 b) .

Fig.25-Combinarea măsurării concomitente a timpului după calendar şi a duratei bolii de la data depistării (în ani)

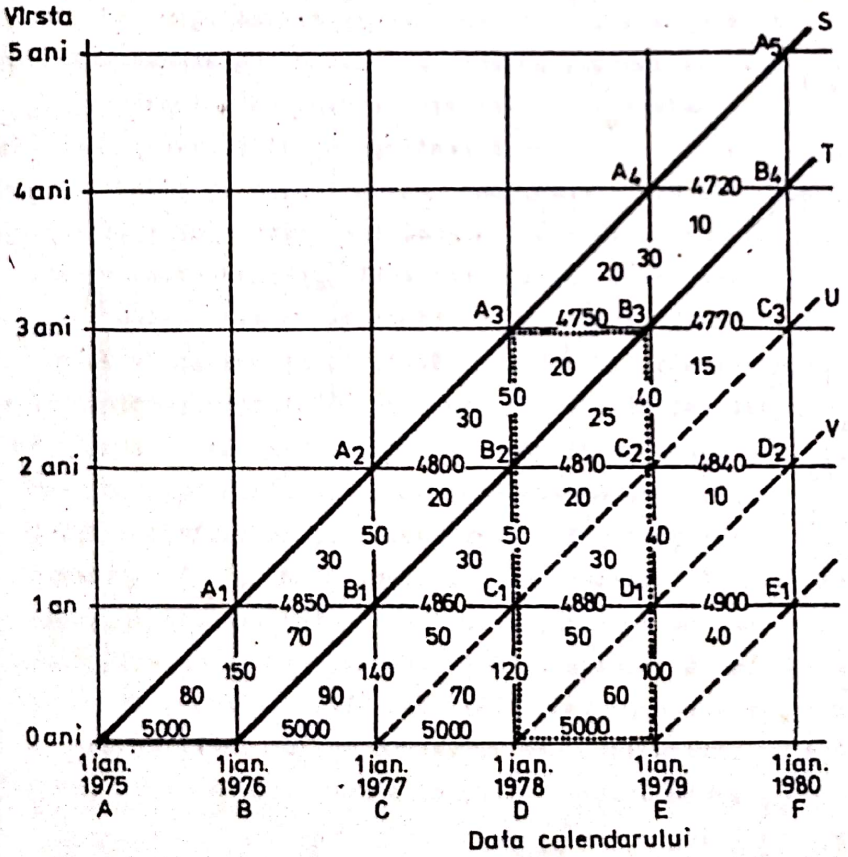


In studiul morbidităţii în populaţie, în care evenimentele şi formele de expresie ale bolii se referă la un număr mare de persoa - ne - cu durate de boală şi vîrste diferite, nu se foloseşte reprezen- tarea grafică aşa cum a fost prezen- tată pentrucă nu ar putea fi aplicată. Figurarea valorilor individuale în grafic este implicită şi se indică numai numărul liniilor ce întretaie un segment dat şi numărul punctelor - evenimente care ocupă o arie dată. Ca urmare, pentru o bună localizare a acestor două tipuri de valori numerice în reţeaua diagramei Lexis (fig. 26) se înscriu liniile orizontale pentru valorile aniversărilor şi liniile verticale pentru începutul fiecărui an (1 ian) . In această reţea, li- niile vieţii persoanelor născute la 1 ian. 1975 se confundă toate cu o dreaptă diagonală (AS) ; aceiaşi este şi situaţia persoanelor născute la 31.dec1975

(BT din acelaş exemplu). In felul acesta toate liniile vieţii unui contingent (al anului 1975, din fig. 26) sînt încadrate într-un culoar oblic, ca cel delimitat de AS şi BT. In prezentarea grafică, prin sistemul diagramei Lexis, s-a luat - pentru simplificare - mortalitatea, ca formă de expresie a morbidităţii, la contingentele 1975 - 1978, care au fiecare un efectiv de 5ooo persoane. Plecînd de la naşterea copiilor unui contingent, de exemplu al anului 1975, în intervalul 1 ian.- 31 dec., linia vieţii fiecărei persoane traversează segmentele $A_1 B_1$; A_2B_2, A_3B_3 etc. cînd fiecare ajunge la prima, a doua, a treia etc. aniversare. In intervalul de timp 1 ian.- 1975 - 31.dec.1976, în interiorul paralelogramului $A_1A_1 - B_1B_1$, înainte de a ajunge la prima aniversare s-au îmbolnăvit şi au decedat 15o copii, din efectivul iniţial rămînînd la sfîrşitul primului an de viaţă (A_1B_1) un număr de 485o copii. In continuare, în intervalul $A_1A_2-B_1B_2$ au mai decedat încă 5o copii . rămînînd, din efectivul iniţial, la sfîrşitul celui de al doilea an de viaţă (A_2B_2) 49oo copii, etc. Ca urmare, nivelul mortalităţii copiilor din contingentul 1975 la terminarea primului lor an de viaţă (A_1B_1), adică la 31.dec. 1976 a fost de 3o %o(15oxlooo/ 5ooo), iar pentru al doilea an de viaţă a aceluiaş contingent a fost la 31.dec. 1977 de lo,3 %o (5o x looo/485o).

In acelaş mod se poate calcula în continuare nivelul mortalităţii pentru fiecare an de viaţă al unui întreg contingent cu a cărui efectiv ini-

Fig 26 - Prezentarea în sistemul diagramei LEXIS a efectului mortalităţii asupra efectivelor contingentelor de născuţi vii din anii 1975-1978 şi a modului longitudinal sau transversal de studiu a mortalităţii



ţial s-a început studiul mortalităţii, urmărind fenomenul într-un culoar oblic şi ţinînd cont de timpul calendaristic şi vîrsta, calculată în mod egal pentru fiecare persoană. Pentru contingentul anului 1976 (BC), mortalitatea la sfîrşitul primului an de viaţă (B_1C_1), la 31 dec.1977 a fost de 28,o ‰ (14o x1ooo/5ooo); în continuare (fig.26) putîndu-se calcula mortalitatea la fiecare din celelalte aniversări (B_2C_2 , B_3C_3 etc) urmărind culoarul oblig numai acestui contingent. De reţinut un fapt important : pentru a asigura aceiaşi durată de expunere (un an) la riscul mortalităţii tuturor copiilor născuţi în intervalul 1 - 31 dec. au fost necesari doi ani calendaristici, care adaugă un incovenient la calitatea rezultatelor. Acest mod de studiu, urmărind în timp de la originea zero - într-un culoar oblic al diagramei lui Lexis - şi înregistrînd progresiv evenimentele (ca forme de expresie a morbidităţii) ce privesc acelaş contingent se numeşte studiu longitudinal .

Există în demografie, ca şi în cunoaşterea morbidităţii şi o altă formă de studiu, care se referă la evenimentele petrecute într-un an calendaristic la mai multe vîrste ce aparţin diferitelor contingente, ce au variate durate de expunere la risc şi a căror aspecte le înregistrăm într-un culoar vertical din diagrama lui Lexis. Acest mod de studiu al morbidităţii se numeşte studiu transversal. In mod obişnuit evenimentele morbidităţii sau mortalităţii dintr-un an calendaristic se clasifică, după vîrsta în ani împliniţi a persoanelor sau după durată în ani împliniţi de la evenimentul anterior. In asemenea studiu transversal evenimentele morbidităţii apărute sau existente într-un an calendaristic (culoar vertical) aparţin persoanelor din două contingente alăturate pentru fiecare an de vîrstă (fig. 26). Calculul vîrstei sau indicatorilor şi căror contingente aparţin evenimentele de morbiditate sau mortalitate este uşurat prin prezentarea datelor într-o diagramă Lexis şi folosind dubla grupare (după vîrstă şi contingent sau după durata bolii şi an calendaristic). Astfel pentru culoarul vertical al anului calendaristic 1978 (DA_3 - EB_3), în primul an de viaţă (în pătratul DC_1 - ED_1) au decedat 11o copii, din care 5o aparţin contingentului de născuţi ai anului 1977 (triunghiul superior DC_1D_1), iar 6o aparţin contingentului de născuţi al anului calendaristic de calcul (triunghiul inferior DED_1). In continuarea culoarului vertical se pot cunoaşte, în acelaşi mod,componentele decedaţilor în anul 1978 pentru anul 2,3 etc. de viaţă. Ca urmare , calculul mortalităţii în primul an de viaţă oferă rezultate diferite în cele două optici de studiu : în optica transversală (evenimente petrecute în anul 1978), cu decesele aparţinînd contingentelor 1977 şi 1978, mortalitatea în primul an de viaţă este 22,o ‰ (11o x 1ooo/5ooo), iar în optica longitudinală (paralelogramul $D D_1$ - $E E_1$) mortalitatea în primul an de viaţă a contingentului anului 1978 este 2o,o ‰ (1oo x 1ooo/5ooo) .

Deci, în cunoaşterea şi aprecierea morbidităţii populaţiei există două

metode principale de studiu :

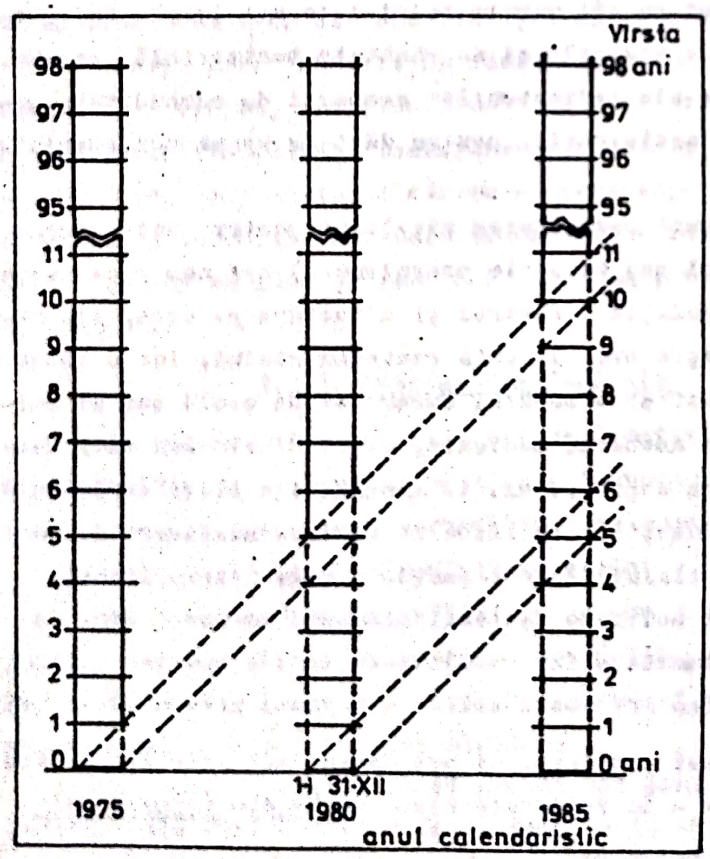
- transversală şi
- longitudinală

In realizarea lor se apelează la principiile diagramei Lexis, care uşurează înţelegerea calităţilor, avantagiilor şi incovenientelor fiecăreia .

3.3.2. Metoda transversală (de moment)

In conceptul diagramei lui Lexis, ea realizează cunoaşterea şi aprecierea îmbolnăvirilor ce apar într-o perioadă scurtă de timp (un an), ori a celor existente (bolnavilor existenţi) la un moment (la data examinării medicale, la 31 dec.) pentru o parte sau pentru un ansamblu de vîrste, contingente sau cohorte ale populaţiei. Ea surprinde o secvenţă a fenomenului în toată populaţia şi rezultatele le redă în indicatori bruţi. In acest mod se realizează cunoaşterea şi calcularea incidenţei generale, a mortalităţii generale etc. pentru un an sau a prevalenţei cazurilor de boală, a prevalenţei cazurilor de invaliditate etc. existente la 31 dec. (fig. 27). Rezultatele înregistrării reprezintă cazurile noi de îmbolnăvire (pentru incidenţă) şi decese - le (pentru mortalitate) apărute la populaţia de toate vîrstele şi cuprinse între două linii verticale ale diagramei Lexis sau cazurile de boală, cazurile de invaliditate existente la sfîrşitul anului (la linia marginală a culoarului vertical din diagrama Lexis) sau la data examinării (la un moment), cu ocazia unei anchete medicale în populaţie. Deaceea asemenea studii se mai numesc şi " studii de moment". Compararea rezultatelor obţinute, a indicatorilor ,- în mod curent-se face cu perioade anterioare, cu cele ale altor teritorii şi/sau

Fig.27-Studiul transversal al morbidităţii în populaţie -anual şi repetat-



cu cele ale unui lot martor. In acest ultim caz, lotul martor (populaţia de referinţă) trebuie să aibă structuri comparabile (pe vîrste, sexe, medii sociale, nivele de instruire, stadii de dezvoltare economică, durată de expunere la factori cauzali de îmbolnăvire etc) cu populaţia analizată. In caz contrar e necesar să se aplice standardizarea la rezultatele obţinute .

Calităţi, avantagii şi incoveniente ale studiilor transversale

Studiile transversale se execută lesnicios şi sînt accesibile fără a solicita un plus de tehnicitate. Realizarea lor necesită cheltuieli şi personal puţin, mai ales cînd există un sistem informaţional stabilit anterior. Rezultatele se obţin imediat, iar calculul indicatorilor necesită un consum redus de timp. Numitorul (populaţia) - la care se raportează îmbolnăvirile, bolile existente sau decesele - este exact, dar conţine un "mozaic " de vîrste şi de persoane, cu durate variabile de expunere la risc. Aceste aspecte sînt amplificate cînd aprecierea se repetă la intervale de timp pentru aceiaşi colectivitate . Această metodă de apreciere a morbidităţii ne redă relativ bine incidenţa pentru o perioadă scurtă, cînd durata de culegere a datelor este anuală (cum se practică curent) dar incidenţa nu se poate obţine în anchete medicale de scurtă durată. In ambele situaţii , incidenţa nu se poate cunoaşte în evoluţia ei. In schimb, această metodă ne redă mai bine prevalenţa bolilor sau a bolnavilor, la sfîrşitul anului sau la o dată stabilită, cu corectivul - la interpretare - că un caz de îmbolnăvire are şansa de a fi cunoscut cu cît durata bolii este mai lungă. Ea este practicată rutinier de serviciile medicale şi de sănătate teritorială pentru aprecierea principalelor aspecte ale indicatorilor generali de morbiditate solicitaţi de nevoile curente ale activităţii, pentru dări de seamă trimestriale, semestriale sau anuale .

Studiile transversale permit cunoaşterea nivelelor pentru puţine forme de expresie ale morbidităţii (cel mai bine ale prevalenţei) aşa cum recensămintele redau informaţii despre populaţie ; numărul şi structura pe sexe, vîrste, medii sociale, nivele de instrucţie etc. la data recensămîntului, iar o anchetă medicală redă - ca o "fotografie" - numărul cazurilor de boală sau de bolnavi pe sexe, vîrste etc. la data anchetei medicale, oferind date mai ales despre bolile de lungă durată.Cum se obţin de ex. la examinările elevilor la început de an şcolar sau ale absolvenţilor de liceu în vederea admiterii în facultate sau la examinarea personalului dintr-o secţie a unei întreprinderi pentru cunoaşterea condiţionării bolii de factorii mediului de muncă etc. De aceea ele răspund obiectivelor imediate iar rezultatele servesc pentru acţiuni şi programe de scurtă durată, cînd frecvenţa bolii nu variază prea mult.

Ele pot oferi rezultate mai complete, şi pot deveni mai eficiente, cînd se repetă - pe aceiaşi populaţie - la intervale fixe. Anchetele transversale

repetate permit cunoaşterea prevalenţei bolilor şi interpretarea evoluţiei lor precum cunoaşterea şi interpretarea temperaturii corporale la un bolnav cu următoarele precauţii în analiza rezultatelor (fig. 27) :

- la următoarele repetări populaţia s-a modificat cel puţin parţial (noi contingente intră în populaţie, toate persoanele avansează în vîrstă, au loc decese, plecări şi ieşiri din populaţia de toate vîrstele etc) ;

- orice examinare medicală modifică evoluţia morbidităţii iar schimbările ce rezultă sînt mai însemnate cu cît anchetele se repetă mai frecvent.

O anchetă transversală de morbiditate poate fi transformată într-una cu caracter longitudinal astfel :

- prin completarea - la fiecare caz de boală - cu informaţii despre debutul şi evoluţia bolii - a istoriei ei -, despre factorii cauzali existenţi înainte de îmbolnăvire etc. Datele obţinute din extinderea retrospectivă a unei anchete transversale nu pot reda complet situaţia bolilor şi a factorilor cauzali decît pentru persoanele anchetate şi nu pentru întreaga colectivitate. De aceea rezultatele trebuiesc interpretate ca atare ;

- populaţia iniţial cercetată se împarte în loturi (pe localităţi, pentru o populaţie teritorială ; pe clase, pentru o şcoală, pe ateliere, pentru o întreprindere), anual - ori la alte intervale fixe - se reexaminează un lot, iar la terminarea loturilor se face bilanţul şi se reîncepe examinarea în aceiaşi ordine;

- după prima anchetă se reexaminează la intervale fixe cîte un eşantion din fiecare vîrstă, iar rezultatele se extrapolează la toţi de aceiaşi vîrstă . Ultimile două modalităţi transformă cercetarea transversală în una longitudinală prospectivă, în realizarea cărora se cere experienţă în interpretarea datelor de morbiditate întrucît anchetele transversale repetate sînt secvenţe extrase dintr-un fenomen complex şi continuu (aşa cum preluăm temperatura la bolnavii spitalizaţi) .-

3.3.3. Metoda longitudinală

Ca trăsături esenţiale , metoda longitudinală realizează studiul morbidităţii în timp şi pe aceiaşi populaţie (contingent, cohortă, lot). Ca urmare , cunoaşterea şi aprecierea morbidităţii se poate face :

a) - de la data cercetării în viitor : studii prospective ;

b) - de la data cercetării în trecut : studii retrospective ;

c) - din trecut către data cercetării : studii retrospective .

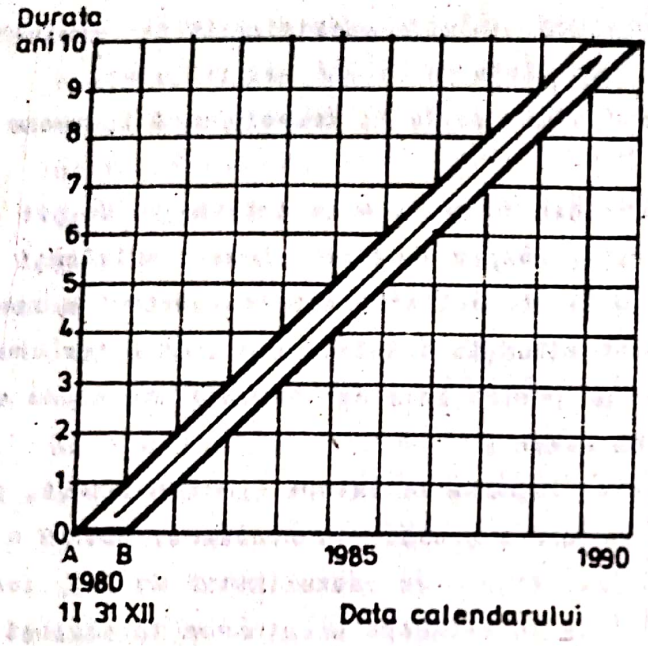
Iar rezultatele obţinute se compară în evoluţie şi pe aceiaşi populaţie şi/sau cu cele de la alte cercetări similare .

În acelaş concept al diagramei lui Lexis persoanele pe care se studiază morbiditatea sînt cuprinse între două linii oblice .

a) Cunoaşterea şi aprecierea morbidităţii cu ajutorul studiilor prospec-

tive (fig. 28) se realizează printr-o supraveghere continuă a aceleiaşi populaţii şi prin înregistrarea completă în timp a tuturor evenimentelor bolii : a cazu - rilor noi şi a evoluţiei lor (vindecări, complicaţii, agravări, recidive etc) la toate persoanele din contin - gentul, cohorta sau lotul sta- bilit iniţial. Această metodă aşteaptă producerea eveni - mentului şi-l înregistrează . Studiul prospectiv redă for - mele de expresie ale bolii apărute la aceiaşi populaţie într-o perioadă calendaris - tică de timp sau pentru o du- rată scursă de la un eveni - ment anterior (de la naşte - re, de la începutul şcolari- zării sau a activităţii în fabrică, de la intrarea sub acţiunea unui factor cauzal sau cu risc de îmbolnăvire etc.). Rezultatele reprezin- tă îmbolnăvirile sau persoa- nele bolnave cuprinse între două linii oblice ale diagramei Laxis (Fig. 28) .

Fig.28-Studiul prospectiv al morbidităţii în populaţie



Calităţi, avantagii şi incoveniente

Efectivul şi lista nominală a populaţiei de studiu sînt cunoscute cu exactitate de la începutul şi pe parcursul studiului, chiar dacă " pe drum " au loc plecări din populaţia iniţială. Deaceea, numitorul pentru calculul indi- cazorilor este exact iar erorile - în înregistrarea evenimentelor bolii şi în efectivul populaţiei - sînt reduse sau neglijabile .

In asemenea studii în populaţie nu e nevoie de lot martor (constituit separat) pentrucă acesta se detaşează singur, cuprinzînd persoanele expuse ace - loraşi factori de risc în aceiaşi perioadă de timp şi care nu fac boala .

Studiile prospective oferă cel mai bine posibilitatea cunoaşterii (iden- tificării) factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire, a intensităţii (agre- sivităţii) acestora. De asemenea, ele oferă posibilitatea cunoaşterii şi măsu- rării gravităţii îmbolnăvirilor , a formelor şi duratei bolii, a cunoaşterii asociaţiilor, recidivelor, complicaţiilor, sechelelor şi cronicizării bolii în relaţie cu prezenţa, durata şi intensitatea factorului sau factorilor de îmbol-

năvire, de receptivitate şi rezistenţă a organismului. Pentru aceasta ele permit obţinerea aspectelor : acţiune/răspuns şi acţiune/efect pe aceleaşi persoane şi a indicatorilor specifici (pe vîrste şi în timp) pe durata acţiunilor factorilor cauzali, ceea ce face ca rezultatele să aibă valoare predictivă.

Este studiul ce redă informaţii atît despre persoanele ce suferă evenimente de boală cît şi despre evenimentele propriu zise ale bolii oferind cel mai bine cunoaşterea morbidităţii pe persoane şi a morbidităţii succesive pentrucă se pot înregistra evenimentele bolii legate unele de altele şi referitor la aceiaşi persoană. De aceea el oferă cel mai bine cunoaşterea şi măsurarea exactă a incidenţei (cazuri şi bolnavi) pe o durată de timp şi a prevalenţei (cazuri şi bolnavi) la un moment dat, a tuturor cazurilor de boală şi a tuturor bolnavilor la diferite vîrste pentru populaţia cuprinsă în studiu. Pentruca rezultatele să conţină erori minime este necesar ca ţehnicile de înregistrare şi de calcul să fie aceleaşi pe toată durata studiului.

Pentru a obţine informaţii conform obiectivelor, studiul (observarea) prospectiv trebuie să înceapă din momentul ce constituie criteriul de referinţă în cercetarea temei : de la naştere-pentru cunoaşterea acţiunii factorilor familiali, de la intrarea în producţia socială-pentru cunoaşterea acţiunii factorilor din mediul şi modul de muncă ce acţionează asupra sănătăţii etc.

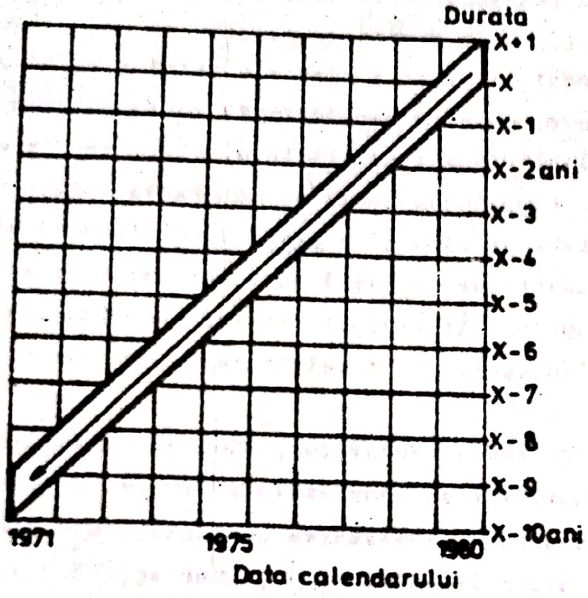
In afara acestor calităţi şi avantagii, studiile prospective au şi inconveniente ce condiţionează folosirea lor în cunoaşterea morbidităţii şi anume :

- durează mai mult decît celelalte feluri de studii ;
- necesită personal şi cheltuieli mai mari solicitate mai ales de durata lor, deşi nu necesită cheltuieli pentru lotul martor ;
- în folosirea de eşantioane mici (fără rezerve) - special construite - menţinerea în observare a tuturor persoanelor este dificilă sau nerezolvabilă, iar plecarea unora poate influenţa valoarea rezultatelor .

Cu toate acestea, rezultatele studiilor prospective ale morbidităţii permit previziuni pe lung termen şi sînt cele mai valoroase în elaborarea programelor de lungă durată, pentru prevenirea şi reducerea bolilor în populaţie .

b) Studiile retrospective (fig.29) realizează cunoaşterea şi aprecierea morbidităţii după ce aceasta s-a produs, prin cercetarea către trecut a bolilor şi factorilor cauzali la o populaţie ce exista la data începerii studiului. In asemenea anchete medicale în populaţie se examinează persoanele rămase, ce au " scăpat " evenimentelor perturbatoare (plecări în altă colectivitate, decese). Ca urmare, se anchetează loturi deja selectate (de migraţie, de morbiditate) care pot oferi rezultate neidentice cu cele ale efectivului iniţial al lotului. Sursele de informaţii sînt reprezentate de memoria anchetaţilor - pentru care se numesc şi studii anamnestice - (ajutată sau nu de documente scrise relativ

Fig.29-Studiul retrospectiv al morbidităţii în populaţie



la diferitele forme, episoade şi durate ale bolilor)şi/sau de arhivele medicale. Aceste informaţii, necesită a fi a - daptate programului de cercetare ce a fost elaborat pentrucă persoanele anchetate pot avea o mare varietate de situaţii ce se referă la exactitatea diagnosticului bolii (bolilor) suferite, la vîrsta debutului bolii - recidivei - asociaţiei etc .

Calităţi, avantagii, inconveniente

Studiile retrospective se execută lesnicios (comod), cu personal şi cheltuieli puţine, ce fac să fie abordate frecvent, deşi fără cunoaşterea sau respectarea exigenţelor necesare .

Ele nu pot realiza imaginea completă a fenomenului în populaţie datorită persoanelor plecate sau decedate, ce pot conţine tocmai aspectele mai importante ale morbidităţii . Interogarea martorilor pentru completarea unor asemenea aspecte, sau chiar documentele scrise, constituie surse de imprecizinni şi omisiuni. In general rezultatele acestor studii conţin frecvente şi grave erori, ce nu pot fi nici cunoscute şi nici evitate sau corectate .

Asemenea studii se practică pe un număr relativ mic de persoane, a căror examinare completă permite analiza în profunzime a fenomenului, dar în interpretarea rezultatelor este totdeauna necesar un lot martor, ce trebuie să aibă structuri şi condiţii asemănătoare cu lotul de cercetare .

Intrucît ambele loturi reprezintă părţi din populaţia existentă la data anchetei şi nu din efectivul ce exista la data începutului fenomenului, populaţia de referinţă şi numitorul pentru calculul indicatorilor de frecvenţă se stabilesc cu dificultate sau nu se pot preciza cu exactitate pentru începutul şi sfîrşitul perioadei cercetate. Pentru aceste motive, asemenea studii, ne pot oferi date simple privind prevalenţa (bolii şi bolnavilor), durata bolii şi formele de boală (greu corelabile cu factorii cauzali), dar nu şi a incidenţei îmbolnăvirilor.

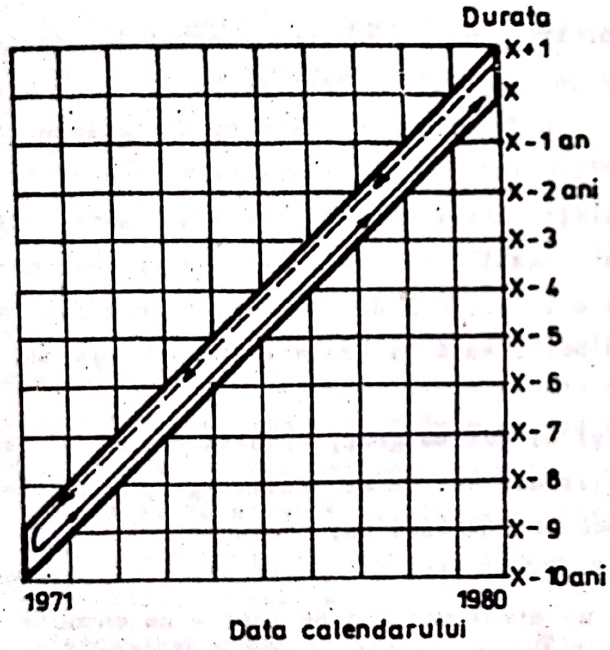
Ele oferă posibilităţi de identificare a factorilor cauzali, a intensită-

ţii şi duratei lor, ca şi a îmbolnăvirilor - ca efect a acestora - dar cu folosirea de tehnici adecvate de calcul. Deseori aceste rezultate necesită aplicarea tehnicilor statistice de comparare, sau reluarea studiului pe alte loturi, iar rezultatele finale sînt calitativ inferioare celor din studiile prospective.

Studiile retrospective se folosesc în cunoaşterea morbidităţii cînd nu se pot executa studiile prospective şi ca urmare pot constitui suportul programelor de sănătate de lungă durată .

c) Studiile retroprospective (fig.3o) se execută pe loturi mici de persoane şi au, în general, aceleaşi calităţi, avantagii şi inconveniente ca studiile retrospective, a cărer variantă sînt în principiu . Ele se realizează pentru obţinerea detaliilor privind debutul, evoluţia, durata bolii ca şi pentru cunoaşterea morbidităţii pe persoane şi succesive în relaţie cu factorii cauzali şi intensitatea acestora. Loturile conţin , totuşi, persoane cu situaţii variate : unele ce au făcut (terminat) boala, altele sînt în stadiul de boală iar altele la începutul bolii, ceea ce impune gruparea persoanelor (cazurilor) nu după vîrsta la data anchetei medicale ci după vîrsta la data evenimentului bolii .

Fig 30 - Studiul retroprospectiv al morbidităţii în populaţie



Asemenea studii, ce au ca obiectiv cunoaşterea formelor de expresie a morbidităţii pe baza evenimentelor trăite şi urmărite continuu din trecut către data cercetării, necesită reale şi complete documente de evidenţă primară pe persoane de tipul registrul de o boală, carnetul individual de sănătate .

3.4. Metode epidemiologice în studiul bolilor netransmisibile

Marea varietate teritorială a tablourilor de morbiditate poate fi redusă la două principale grupe de boli ce alterează sănătatea sau care pun în pericol viaţa: cele acute şi cele cronice (cu valabilitate generală la boli , traumatisme şi intoxicaţii). Aceste grupe se identifică prin particularităţi, implicaţii şi cauzalitate cît şi prin intensităţi şi distribuţii ce deosebesc teritoriile sau marile perioade de timp. In prezent formele acute predomină morbiditatea în teritoriile în curs de dezvoltare, iar cele cronice predomină în teritoriile dezvoltate economic. In producerea acestor boli necunoaşterea participării factorilor din mediul de viaţă şi de muncă, a factorilor biologici, social - economici şi a comportamentului individual faţă de propria sănătate fac să existe variate rezultate în reducerea sau prevenirea lor .

Referindu-ne numai la durata de timp, de la acţiunea factorilor cauzali pînă la apariţia efectului, bolile se pot împărţi în trei grupe. Intr-un prim grup se încadrează bolile ce apar la foarte scurt timp de la acţiunea cauzei, aşa cum sînt traumatismele, intoxicaţiile şi îmbolnăvirile supraacute. In cel de al doilea grup, alterarea sănătăţii apare după o durată mai mare (zile, săptămîni) de la acţionarea factorului cauzal, aşa cum este situaţia obişnuită în bolile virotice, bacteriene şi parazitare. Cel de al treilea grup cuprinde boli, la care durata pînă la apariţia bolii este de ordinul anilor, aşa cum este în tumori, ateroscleroză etc.

Dacă pentru bolile din primul şi al doilea grup, agentul cauzal şi factorii ce-l ajută sînt cunoscuţi, la bolile din cel de al treilea grup - bolile cronice - factorii cauzali nu sînt încă presupuşi sau cei presupuşi sînt greu de probat prin conceptul clasic de "etiologie specifică". Acest grup, al bolilor cronice - prezente azi în populaţiile cu un nivel mai bun de trai - au caracteristici proprii, din care principalele sînt următoarele :

- pot fi consecinţe ale bolilor acute, ale traumatismelor şi intoxicaţiilor incomplet rezolvate sau pot fi datorită acţiunii factorilor din mediul şi modul de viaţă, a unui comportament deficitar individual faţă de sănătate ;
- se instalează insidios dar ireversibil (ca un drum fără întoarcere la sănătate) ;
- dau incidenţe mici dar continui în populaţie ;
- au o evoluţie de lungă durată (cu acutizări şi redresări, complicaţii şi implicaţii personale şi social-economice) şi ca urmare prevalenţa lor în populaţie se cumulează în timp ;

- dau un număr mare de bolnavi în populaţie, un mare consum medical şi de medicamente, un mare volum de cheltuieli din bugetul familial şi al colectivităţii şi alte importante implicaţii social - economice ;

- sînt efectul unei cauzalităţi complexe şi variate, oarecum diferită de cea a bolilor infecţioase, a traumatismelor sau intoxicaţiilor .

Pentru a reduce nivelul bolilor cronice în populaţie, şi mai ales pentru a le preveni, este necesară identificarea factorilor ce le condiţionează şi a mecanismului lor de producere şi acţionare asupra factorilor pentru a-i neutraliza sau a-i evita .

Datorită dificultăţilor în cercetarea cauzală, cunoaşterea factorilor ce condiţionează apariţia bolilor cronice a apelat la cercetarea elementelor din mediul şi modul de viaţă, ce au fost numite " factori cu risc de îmbolnăvire " .

Ca urmare, aceste elemente ce condiţionează apariţia unui efect au fost numite " factori ". Intrucît prezenţa acestora în mediul sau modul de viaţă ori însuşirea lor de către om reprezintă o ameninţare s-a completat denumirea cu : "factori de risc " . Pentrucă acestea ameninţă cu alterarea sănătăţii au fost denumite : " factori cu risc de îmbolnăvire " .

Această noţiune, relativ recent introdusă în epidemiologie, sintetizează ideia etiologiei multifactoriale şi a patologiei complexe a bolilor, în general şi a bolilor cronice, în special. Ea are utilitate teoretică şi practică în studiile populaţionale, constituind unul din elementele cu care se operează în identificarea factorilor " nespecifici" ce condiţionează apariţia bolii şi în măsurarea agresivităţii lor în raport cu dimensiunea " efectului" (bolii). Intervenţia diferiţilor " factori de risc " în apariţia şi dezvoltarea bolilor este acceptată azi indiferent de geneza bolilor, întrucît tradiţionalul concept axat pe cauzele bolii izolate şi bazat pe " etiologia specifică " este depăşit chiar la infecţiile a căror cauzalitate specifică e cunoscută cu certitudine, pentrucă şi acestea au origini extrem de complexe .

Cunoaşterea acestor factori ce condiţionează apariţia bolilor cronice - unii particulari pentru o boală, iar alţii comuni pentru mai multe boli - este necesară pentru instituirea :

- profilaxiei primare în populaţie, ce poate fi operantă înainte ca boala să fi apărut în populaţie, prin măsuri de neutralizare sau de evitare a factorilor cu risc de îmbolnăvire ;

- profilaxiei secundare, ce poate realiza depistarea şi rezolvarea precoce a bolii prin supravegherea medicală diferenţiată a persoanelor expuse la risc;

- profilaxiei terţiare care acţionează pentru prevenirea recăderilor, agravărilor , complicaţiilor etc. prin neutralizarea factorilor cu risc şi prin rezolvare medico-socială a bolnavilor .

La bolile cronice , mai mult ca la cele acute, trecerea de la studiul pe bolnav la cel în populaţie a ridicat importante probleme legate de : terminologia folosită, de asigurarea celui mai bun şi mai precoce diagnostic, de metodele şi tehnicile de lucru în cunoaşterea factorilor de risc şi a bolilor rezultate etc.

Ca urmare, să conturăm limitele principalilor termeni ce vor fi folosiţi: riscul, expus la risc, factor cu risc de îmbolnăvire .

Riscul se defineşte ca posibilitatea obiectivă (utilizată predictiv şi ca probabilitate) ca o persoană dintr-o populaţie să sufere un eveniment.

Riscul de îmbolnăvire este deci - posibilitatea obiectivă ca o persoană dintr-o populaţie să se îmbolnăvească în condiţiile existenţei factorului (factorilor) ce condiţionează aceasta .

Expus la riscul de îmbolnăvire este persoana care are posibilitatea obiectivă (ameninţarea, probabilitatea)- să sufere o îmbolnăvire (traumatism, intoxicare) .

Măsurarea riscului (de îmbolnăvire) se face cu un indicator de frecvenţă, în care (începînd cu numitorul) :

$$\text{Riscul de îmbolnăvire} = \frac{\text{Persoanele ce fac boala în aceiaşi durată de timp}}{\text{Persoanele expuse riscului într-o durată de timp}}$$

In această apreciere evenimentul (ca unitate de studiu) este cazul de îmbolnăvire, iar fenomenul este suma evenimentelor de acelaş fel (boală) raportat numai la populaţia (persoanele) expuse riscului într-o durată de timp. Aşa dar în măsurarea corectă a riscului de îmbolnăvire la un factor într-o colectivitate, numitorul trebuie să conţină numai persoanele expuse acelui factor şi nu întreg efectivul acelei populaţii .

Prin factor cu risc de îmbolnăvire [x)] se înţelege orice element, agent sau circumstanţă din mediul sau modul de viaţă sau de muncă, ca şi oricare caracteristică a unei persoane care condiţionează îmbolnăvirea sau induce ori este asociată unei probabilităţi mai mari de îmbolnăvire (invaliditate sau deces), printr-o anumită boală. Noţiunea de factor de risc nu se suprapune totdeauna şi obligator noţiunii de factor cauzal. Aşa dar sfera termenului "factor cu risc de îmbolnăvire " înglobează deopotrivă factorii determinanţi, adjuvanţi, favorizanţi, asociaţi etc. cu care se lucrează în medicina clinică .

---

x)Adaptare după V.Coroi şi C.Gorgos - Medicină Socială ; Ed.Didactică şi Pedagogică - Buc. 198o, pag. 212.

De aci şi nevoia ca epidemiologia clasică să-şi adapteze conţinutul şi metodologia la particularităţile acestor boli cronice netransmisibile, dar obiectivele ei rămînînd aceleaşi : studiul factorilor ce condiţionează apariţia şi variaţia bolii în populaţie în scopul prevenirii, combaterii şi reducerii ei. Ca urmare conceptul de epidemie, în sensul folosit în bolile cronice, înseamnă apariţia într-o colectivitate umană a unui grup de îmbolnăviri cu o frecvenţă mai mare. Ceea ce ar rezulta că în etapa actuală există epidemie de cancer broncho-pulmonar în Europa, de cancer hepatic în zona de vest a Africei Centrale, de cardiopatie ischemică în teritoriile dezvoltate economic, de nevroze în unele grupuri de populaţie etc.

Epidemiologia bolilor netransmisibile, în metodologia ei de studiu se bazează pe raţionamentul că în apariţia unui eveniment (îmbolnăviri) sînt necesare :

- două elemente : cauza (factorul de risc) şi efectul (boala) ;
- efectul să urmeze cauzei (încriminate) ;
- modificări produse asupra cauzei aduce un răspuns (modificare) asupra efectului (bolii), ceea ce constituie esenţa asocierii cauzale folosită în studiile epidemiologice şi probată prin rezultatele măsurilor profilactice obţinute în acţiunile programelor sanitare ; reducerea frecvenţei leucemiilor la copii prin limitarea examenelor radiologice la gravide, evitarea anomaliilor congenitale prin întreruperea sarcinii la femeile ce fac rubeolă în primul trimestru de sarcină etc. .Semnificaţia cauzală a unei asociaţii (de ex. fumatul de ţigarete - cancer bronho-pulmonar) este o chestiune de judecată ce depăşeşte domeniul logicei statistice, ea constituind începutul drumului pentru precizări prin noi investigaţii clinice, de laborator şi experimentale .

Pentru aprecierea existenţei unei asociaţii cauzale (factor - efect) din bolile netransmisibile şi pentru a da un răspuns dacă un factor incriminat este sau nu un factor cu risc de îmbolnăvire se folosesc în principal următoarele metode şi tehnici, ce reprezintă conţinutul acestei noi epidemiologii :

- metoda descriptivă şi
- metoda analitică

La acestea se adaugă studiul epidemiologic experimental, ce probează valoarea teoretică şi asigură valabilitatea practică a rezultatelor .

3.4.1. Metoda descriptivă

Ea cercetează şi descrie caracteristicile (particularităţile) bolii în populaţie şi elaborează ipoteze privind factorii ce condiţionează existenţa, nivelul şi distribuţia ei, folosind trei criterii şi patru tehnici.

Descrierea bolii în populaţie oferă răspunsuri la trei întrebări: "Cînd" şi "unde" s-au produs (se produc îmbolnăvirile) şi "la cine" (la ce persoane), adică

după criteriile:

- de timp (argument cronologic) : an, sezon, luni, zile etc.De exemplu: cardiopatia ischemică este mai frecventă în zilele noastre decît în urmă cu cincizeci de ani. Oferă cunoaşterea variaţiei patologiei în timp ;

- de spaţiu (argument geografic) : zone geografice, ţări, teritorii mai reduse, mediul urban sau rural etc. Continuarea exemplului : cardiopatia ischemică are frecvenţe mai mari în populaţiile din teritoriile dezvoltate economic decît în teritoriile în curs de dezvoltare (sau invers pentru frecvenţa cariei dentare). Oferă cunoaşterea patologiei geografice ;

- de caracteristici personale, ale indivizilor bolnavi : vîrstă, sex, nivel de instruire, profesie etc. In continuarea exemplului : în teritoriile menţionate, cardiopatia ischemică este mai frecventă la vîrstele 30 - 50 ani, la sexul masculin, la nivele superioare de instruire, la profesiile cu emoţii intense şi de durată etc.

Aceste descrieri se prezintă ca frecvenţe şi distribuţii ale diferitelor forme de expresie a bolii (incidenţa, prevalenţa, spitalizări, incapacitate temporară de muncă şi invaliditate, mortalitate etc), regrupînd cazurile sau persoanele după variabile menţionate (timp, loc, caracteristici personale) .

In cercetarea medicală şi epidemiologică cele mai multe din studiile ce se întreprind se opresc în acest stadiu, de constatări informative, fără a trece la fazele următoare. Ori, pentru reducerea bolii în populaţie, pentru instituirea de măsuri preventive este necesar să se cunoască factorii care condiţionează frecvenţele bolii şi distribuţia acestora în populaţii .

Următoarea fază, de mare importanţă o constituie formularea ipotezelor de cauzalitate, de a intui şi presupune factorii care să explice frecvenţele şi variaţiile bolii .

In această formulare de ipoteze cauzale se folosesc patru tehnici :

a) a diferenţei de frecvenţă a bolii . Dacă într-o populaţie există o frecvenţă ridicată a bolii iar la o altă populaţie frecvenţa aceleiaşi boli este scăzută (sau la aceiaşi populaţie faţă de o perioadă anterioară) e necesar să se cunoască factorii prezenţi la prima populaţie şi care lipsesc la cealaltă populaţie; unul din aceşti factori poate fi cel cauzal. De exemplu : la cardiopatia ischemică, frecvenţele mari din teritoriile dezvoltate faţă de teritoriile în curs de dezvoltare pot presupune că viaţa trepidantă ar fi una din cauzele bolii.

b) a concordanţei frecvenţei bolii cu prezenţa unui factor, ce este suspectat a fi cauzal :

- cancerul bronhopulmonar are frecvenţe mai mari în 1980 decît în 1900, iar pe sexe frecvenţele sînt mai mari la sexul masculin decît la cel feminin ;
- consumul de tigarete/ 1 loc. este mai mare în 1980 faţă de 1900 şi

pentru sexul masculin .

Această concordanţă a frecvenţei bolii (în timp şi pe sexe) cu frecvenţa unui factor din modul de viaţă poate constitui ipoteza unei asociaţii cauzale .

c) a variaţiei concomitente : prezenţa şi absenţa factorului presupus variază cu prezenţa (intensitate) şi absenţa (raritatea) bolii în populaţie. Tehnica oferă un element în plus pentru formularea ipotezei cauzale .

d) a analogiei . Ea face apel la informaţii epidemiologice din alte boli, referindu-se la acelaş factor ce a fost confirmat drept cauzal şi în alte boli : fumatul a mai fost confirmat în cardiopatia ischemică, boală ulceroasă, cancer bronhopulmonar etc. şi nu numai în bronşita cronică în care studiul epidemiologic actual îl asociază .

Ipoteza formulată poate fi verificată prin noi studii epidemiologice descriptive folosind un raţionament simplu : factorul cauzal presupus ar trebui găsit frecvent la persoanele la care şi boala este prezentă.

Prin rezultatele lor, aceste tehnici se completează reciproc şi dau, celui ce face studiul, elementele principale în cunoaşterea asociaţiilor cauzale .

Formularea ipotezei cauzale cere intuiţie, ponderare, stăpînirea tehnicilor de lucru şi satisfacerea următoarelor condiţii :

- definirea unitară a bolii în teritorii şi perioadele comparate ;

- folosirea aceloraşi metode de diagnostic a bolii, de apreciere (calcul) a frecvenţei bolii şi a intensităţii factorilor de risc (indiferent de limitele administrative ale teritoriilor cercetate) ;

- grupurile de populaţii ce se studiază trebuiesc să aibă situaţii comparabile (aceleaşi structuri) : teritoriale, în timp şi după caracteristici personale (vîrstă, sex, nivele de instruire, ocupaţie etc) dar să şi difere sub raportul expunerii la riscul incriminat ;

- asigurarea că schimbările frecvenţei bolii sau ale factorului incriminat se datoresc variaţiei asociaţiei cauzale şi nu sînt datorită altor elemente.

Deci, studiul epidemiologic descriptiv permite :

- să se afirme existenţa bolii ca fenomen în populaţie, cu particularităţile ei de frecvenţă în timp, teritoriu şi după caracteristicile individuale ale persoanelor, şi

- să se formuleze ipoteze de asociaţii cauzale dintre factorii din mediu şi boală.

Acestea creiază, în acelaş timp, baza studiilor analitice .

3.4.2.- Metoda analitică

Preluînd rezultatele studiilor descriptive, ea are ca scop să găsească legături de cauzalitate între unul sau mai mulţi factori incriminaţi şi boală,

în populaţia cercetată. Prin tehnicile de lucru, proprii şi auxiliare, dă un răspuns dacă factorul presupus constituie sau nu factor cu risc de îmbolnăvire.

In explicarea existenţei unei legături de cauzalitate (factor presupus-boală) foloseşte tabelul cu dublă intrare (schema 2). In acest tabel, fiecare persoană (unitate statistică de studiu) din populaţia cercetată participă, prin forma alternativă a rezultatului, cu două caracteristici :prezenţa sau absenţa factorului şi cu prezenţa sau absenţa efectului (bolii). Fiecare casetă interioară, din cele patru (notate arbitrar) conţine :

- a = persoane expuse riscului ce fac boala ;
- b = persoane expuse riscului ce nu fac boala ;
- c = persoane neexpuse riscului incriminat şi care fac boala ;
- d = persoane neexpuse riscului incriminat şi care nu fac boala.

Iar totalurile marginale cuprind :

Schema 2

		efectul (boala)		
		prezenta +	absenta -	TOTAL
factor de risc	prezent +	a	b	a+b
	absent -	c	d	c+d
TOTAL		a+c	b+d	N

- a + b = persoane ce posedă factorul de risc presupus ;
- c + d = persoanele ce nu au factorul de risc ;
- a + c = persoane ce fac boala;
- b + d = persoane ce nu fac boala;
- N sau a + b + c + d = efectivul lotului studiat .

In 1940, Gregg a observat cazuri de anomalii congenitale (cataractă) la copii a căror mame au avut rubeolă în primele luni de sarcină şi a emis ipoteza că rubeola (din primele luni de sarcină) creşte riscul anomaliilor congenitale la nou născuţi .

Verificarea acestei ipoteze prin metoda analitică epidemiologică se poate face prin unul din cele două tipuri de studii longitudinale; prospective şi re - trospective, asigurîndu-se fiecăreia îndeplinirea condiţiilor specifice de cer - cetare (prezentate în subcapitolul anterior). Studiile transversale nu asigură exigenţele analizei de cauzalitate (expunerea la risc într-o durată de timp etc) de aceea nu pot fi folosite în epidemiologia analitică .

a) Studiile analitice prospective

Se realizează în viitor, pe o perioadă variabilă (pînă la obţinerea efectului provocat de factorul incriminat) prin observarea continuă a lotului stabilit şi se înregistrează îmbolnăviţii pe măsura apariţiei lor. Prin asemenea studii urmărim să vedem dacă efectul factorului (boala) apare cu o frecvenţă mai mare la persoanele expuse decît la persoanele neexpuse la factorul de risc incriminat .

Continuînd exemplul de mai înainte, prin studiul epidemiologic prospectiv se supraveghează un lot de gravide pînă la naşterea copiilor, se notează gravidele ce fac şi care nu fac rubeolă în timpul sarcinii şi apoi, născuţii acestora ce au sau nu au anomalii congenitale (schema 3) .

Inscrierea rezultatelor în tabelul cu dublă intrare redau pentru casetele interioare :

Schema 3

rubeola la mame în trim.I de sarcină	anom. congenit. la născut +	anom. congenit. la născut -	Σ
+	a	b	a+b
-	c	d	c+d
Σ	a+c	b+d	N

- a = număr născuţi cu anomalii congenitale a căror mame au făcut rubeolă în timpul sarcinii ;
- b = număr născuţi fără anomalii congenitale din mame ce au făcut rubeolă în perioada sarcinii ;
- c = număr născuţi cu anomalii congenitale din mame ce n-au făcut rubeolă;
- d = număr născuţi fără anomalii congenitale din mame ce n-au făcut rubeolă în cursul sarcinii .

Iar totalurile marginale reprezintă :

- a + b = număr gravide ce au făcut rubeolă în cursul sarcinii ;
- c + d = număr gravide ce n-au făcut rubeolă ;
- a + c = numărul născuţilor cu anomalii congenitale ;
- b + d = numărul născuţilor fără anomalii congenitale .
- N = efectivul gravidelor urmărite în perioada sarcinii .

La sfîrşitul studiului, frecvenţa născuţilor cu anomalii din mame ce au făcut rubeolă în perioada sarcinei - expuse la risc (FE) - poate fi mai mare, egală sau mai mică decît frecvenţa născuţilor cu anomalii din mame ce n-au făcut rubeolă - neexpuse la risc (FN) .

In raport de rezultate pot exista, deci, 3 situaţii :

- FE > FN = factorul de risc este incriminat în producerea bolii ;
- FE = FN , factorul de risc este indiferent (necesar ca studiul să se reia pe alte loturi) ;
- FE < FN = factorul de risc analizat nu este implicat în producerea bolii, există alţi factori de risc în producerea bolii .

Folosind simbolurile casetelor, în situaţia în care ipoteza noastră se verifică (FE > FN) : $\boxed{a/a+b > c/c+d}$, adică rubeola din timpul sarcinii constituie factor cu risc de anomalii congenitale la copii. Se consideră că factorul incriminat are un rol cu atît mai important cu cît FE e mai mare decît FN .

Exprimarea valorică (cifrică) a intensităţii acţionării factorului de

risc se face apreciind mărimea frecvenţei îmbolnăviţilor printre cei expuşi şi cei neexpuşi şi comparînd aceste două frecvenţe între ele (FE şi FN), cu ajutorul a două tehnici de calcul : riscul relativ şi riscul atribuabil .

- <u>riscul relativ</u> este raportul de frecvenţe dintre FE şi FN

$$\text{riscul relativ} = \frac{FE}{FN} \quad \text{sau} \quad \frac{a/a+b}{c/c+d} = > 1$$

Pentru interpretare, rezultatele se compară cu valoarea 1 :

- rezultat > 1 (supraunitar) : factorul incriminat e factor de risc ;
- rezultat = 1 (egal cu 1) : acţiunea factorului e indiferentă ;
- rezultat < 1 (subunitar) : factorul nu este implicat în producerea bolii .

Riscul relativ redă de cîte ori frecvenţa bolii la cei expuşi este mai mare decît frecvenţa bolii printre cei neexpuşi.

Dar, FE - ca rezultat - este un indicator impur , întrucît conţine în el şi acţiunea altor factori, în care predomină acţiunea factorului incriminat. Ca urmare, pentru a diferenţia acţiunea factorului studiat de acţiunea alţor factori se foloseşte cea de a doua tehnică de calcul (riscul atribuabil) .

- <u>riscul atribuabil</u> este diferenţa dintre FE şi FN. El ne redă valoarea cu care FE depăşeşte FN, ne redă cantitatea din efect ce se atribuie factorului incriminat în producerea îmbolnăvirii persoanelor. Rezultatul obţinut reprezintă mărimea, intensitatea cu care un factor incriminat participă la frecvenţa îmbolnăvirilor în absenţa acţiunii celorlalţi factori . El se calculează :

$$\text{risc atribuabil} = FE - FN \text{ sau } (a/a+b) - (c/c+d) = > 0$$

Pentru interpretare, rezultatele se compară cu valoarea zero :

- rezultat > 0 = factorul este implicat în producerea bolii ;
- rezultat = 0 , acţiunea factorului e indiferentă ;
- rezultat < 0 = factorul nu e implicat în producerea bolii .

Ambii indicatori sînt valoroşi pentru ceea ce redau fiecare.

Deaceea ei se folosesc împreună pe întreg lotul, cît şi pe subgrupe ale lotului : vîrste, sexe, durate de acţiune ale factorului, evoluţie în timp, între teritorii etc.

Redăm în continuare <u>un exemplu</u> de aplicare a metodei analitice în studiile epidemiologice prospective şi de interpretare a rezultatelor .

Din studiul descriptiv a îmbolnăvirilor la o întreprindere de transporturi a reieşit frecvenţe ridicate prin cardiopatia ischemică (CI) la personalul se lucrează în conducerea vehicolelor (autoturisme, autobuze, tramvaie). Una din ipoteze incrimina hipertensiunea arterială (HTA) ca factor de risc. Pentru verificarea acestei ipoteze şi a instituirii măsurilor preventive se întreprinde o anchetă analitică prospectivă pe lo ani. In acest scop se examinează (cli-

nic, tensiune arterială şi e.c.g.) toţi conducătorii de autovehicole şi sînt excluşi din lot persoanele cu semne de ischemie cardiacă. Au rămas în studiu 1901 persoane, care după 10 ani de observare continuă au oferit următoarele rezultate (schema 4) :

- din 236 persoane cu presiunea sistolică la examenul iniţial mai mare de 160 mm, 22 au făcut CI ;

- din 1665 persoane cu presiunea sistolică la examenul iniţial mai mică de 160 mn,56 au făcut CI.

Inscrierea datelor în tabelul cu dublă intrare şi aplicarea tehnicilor arată că frecvenţa celor ce au făcut CI printre persoanele hipertensive este mai mare decît frecvenţa CI printre persoanele normotensive. Rezultatul supraunitar al riscului relativ (de 2,74) permite să se afirme că HTA constituie un factor cu risc de CI la lotul studiat .

Schema 4

		cardiop. isch. +	-	Σ
TA iniţială > 160 mm	+	22	214	236
	-	56	1609	1665
	Σ	78	1823	1901

- riscul relativ = $\frac{a/a+b}{c/c+d} = \frac{22/236}{56/1665} = \frac{0,093}{0,034} = \boxed{2,74} > 1$

- riscul atribuabil = (a/a+b)-(c/c+d) = (22/236)-(56/1665) =

= 0,093 - 0,034 = $\boxed{0,059} > 0$

Valoarea riscului atribuabil de 0,059, confirmă ipoteza şi arată că hipertensiunii arteriale i se datorează această frecvenţă a CI .

Urmare a rezultatelor se instituie măsuri complexe (medico-sociale) de reducere a frecvenţei şi intensităţii factorului de risc confirmat (HTA) pentru prevenirea apariţiei de noi cazuri (CI) şi a agravării celor existente .

Un al treilea indicator, ce se obţine numai în studiile epidemiologice prospective, dificil sau imposibil în studiile retrospective, este <u>riscul individual</u> de îmbolnăvire . Obţinerea lui se bazează pe calităţile incidenţei, pentrucă ea conţine acţiunea anterioară (pe o durată) a factorilor cauzali şi nivelul ei în populaţia studiată reprezintă efectul direct şi proporţional cu acţiunea factorilor cauzali.- Calculul său reprezintă o frecvenţă simplă, plecînd de la calculul incidenţei (suma cazurilor noi de îmbolnăvire într-o durată de timp şi raportată la populaţia expusă riscului : FE) . In asemenea cercetări prospective se pot distinge mai bine calităţile incidenţei ca frecvenţă a noilor îmbolnăviţi la persoanele expuse riscului .

In exemplul de mai înainte, riscul individual a fost de 22 cazuri de CI apărute în perioada de 10 ani din 236 persoane cu TA sistolică iniţială mai mare de 160 mm Hg sau $\frac{a}{a+b} = 0,093$. Ceea ce înseamnă că 9,3 % din cei expuşi ris-

culul incriminat au făcut boala sau 9,3 °/oo, de unde rezultă un risc individual (o frecvenţă simplă) de 1 caz de îmbolnăvire din 11 persoane expuse riscului (1/11) .

Faţă de incidenţa bolii datorită celorlalţi factori de risc (FN), c/c+d = o,o34 de 3,4 % - riscul individual de a face CI datorită celorlalţi factori este de 3,4/oo sau 1/33 pe o durată de lo ani. Din acestea mai rezultă în plus, agresivitatea de 3 ori mai mare a HTA faţă de ceilalţi factori (1/11 faţă de 1/33), suport important pentru măsuri preventive şi curative în populaţia cercetată.

Prin acest indicator se apreciază posibilitatea (probabilitatea) ca o persoană să facă o boală, din cele existente azi în populaţie, cînd ea prezintă un element sau caracteristică. Aşa se apreciază probabilitatea de a face CI în raport de prezenţa: HTA, cantităţii de fumat, obezităţii etc. Factorii şi agresivitatea lor reies din nivelul incidenţei şi al riscului individual, a căror valoare predictivă (bazată pe actuala situaţie epidemiologică) constituie suportul profilaxiei bolii în populaţie .

b) <u>Studiile analitice retrospective</u>

Se realizează în trecut, după ce boala s-a produs ca efect a factorilor cauzali. In asemenea studii urmărim să vedem dacă factorul de risc presupus a fost prezent cu o frecvenţă mai mare la persoanele ce au făcut boala faţă de persoanele ce n-au făcut boala. Punerea în relaţie de cauzalitate, factor-boală, în cercetările retrospective cere stabilirea cu atenţie a lotului martor. Comparaţia se poate face dacă lotul martor din populaţie are acelaş factor de risc şi dacă are aceiaşi structură, pentru principalele caracteristici , ca şi lotul de studiu : de spaţiu (urban - rural etc), de timp (durată de expunere) şi mai ales caracteristici personale (vîrstă, sex, ocupaţie etc). Cele două loturi (de studiu şi martor) sînt două populaţii diferite, ele nu participă la un singur "total" şi se deosebesc prin prezenţa şi absenţa efectului riscului incriminat (a bolii). In tabelul cu dublă intrare, folosit şi de aceste studii retrospective pentru punerea în relaţii de cauzalitate (schema 5), cele două loturi sînt reprezentate de :

Schema 5

		efectul (boala)	
		+	-
factor de risc	+	a	b
	-	c	d
		a + c	b + d

- a + c = persoane ce prezintă boala (lotul de studiu) ;

- b + d = persoane ce nu prezintă boala (lotul martor), care au aceleaşi caracteristici şi prezenţa posibilă a factorului de risc .

Scanned with OKEN Scanner

In continuarea exemplului de mai înainte, în studiile retrospective se procedează altfel decît la studiile prospective. Se examinează născuţii şi se notează cei cu anomalii congenitale (lot de studiu) şi cei fără anomalii congenitale (lot martor). Apoi, pentru fiecare din copii, se stabileşte - prin chestionarea mamelor - dacă acestea au făcut rubeolă în primele luni de sarcină (Schema 6). Dacă ipoteza se verifică, atunci frecvenţa mamelor cu rubeolă la copii cu anomalii congenitale este mai mare decît la copii fără anomalii congenitale : a/a+c > b/b+d. Datorită chestionării persoanelor relativ la existenţa factorului de risc înainte de ancheta medicală, aceste forme de studii retrospective se mai numesc şi studii anamnestice.

Schema 6.

		anom. congenit. la născut +	anom. congenit. la născut −
rubeolă la mame în trim.I. de sarc.	+	a	b
	−	c	d
Σ		a + c	b + d

Analiza datelor se face cu ajutorul aceloraşi două tehnici: riscul relativ şi riscul atribuabil.

In continuare redăm un exemplu de analiză epidemiologică într-un studiu retrospectiv .

Din investigaţiile făcute la întocmirea foii de observaţie clinică la bolnavii internaţi în ultimii 4 ani pentru cancer bronhopulmonar s-a reţinut că fumatul de ţigarete a fost frecvent practicat de aceştia. Se emite ipoteza că fumatul ar putea constitui unul din factorii cu risc de îmbolnăvire şi se întreprinde un studiu retrospectiv pe bolnavii spitalizaţi. In acest scop s-au extras 204 foi de observaţie ale bolnavilor diagnosticaţi biopsic, verificîndu-se menţionarea completă (durata de timp şi numărul de ţigări [x]) a fumatului pînă la îmbolnăvire. Date fiind absenţa sau incertitudinea acestei menţionări în foaia de observaţie s-au completat informaţiile prin corespondenţă cu bolnavul sau familia la 185 bolnavi (lotul de studiu). Pentrucă fumatul este un obicei curent întîlnit în populaţie, lotul martor a fost constituit prin extragere aleatorie din foile de observaţie ale bolnavilor spitalizaţi în aceiaşi perioadă de timp realizînd aceiaşi structură, cu a lotului de studiu, pe grupe de vîrstă, sexe, ocupaţii etc. ce aveau menţiunea prezenţei sau absenţei fumatului în documentul medical. Inscrierea datelor în tabelul cu dublă intrare (schema 7) şi aplicarea celor două tehnici de calcul a redat :

---

x) Cel puţin o ţigară pe zi .

Schema 7.

		cancer bronho-pulmonar +	cancer bronho-pulmonar -	Σ	
fumat	+	157	162	319	n_1
	-	28	52	80	n_2
	Σ	185 (n_3)	214 (n_4)	399	N

- risc relativ = $\frac{a/a+c}{b/b+d} = \frac{157/185}{162/214} =$

$= \frac{0,85}{0,76} = \boxed{1,12} > 1$

- risc atribuabil = (a/a+c)-(b/b+d)=

$= 0,85 - 0,76 = \boxed{0,09} > 0$

Rezultatele ne confirmă ipoteza că fumatul este un factor activ în producerea cancerului bronhopulmonar. Excepţional în practică se poate întîlni un rezultat care arată un efect indiferent (1 pentru risc relativ şi 0 pentru risc atribuabil) şi în realitate factorul să crească frecvenţa bolii. Aceasta se datoreşte fluctuaţiei de eşantionaj a loturilor cercetate. Rezolvarea unei asemenea situaţii se face cu ajutorul aplicării unui test de diferenţiere (χ^2). Pentru exemplificare la datele studiului s-a aplicat tehnica de calcul χ^2 cu corecţia lui Yates [x] (pentru GL = 1). Rezultatul de 4,64 fiind mai mare de 3,84 (GL = 1 şi q = 0,05) arată o diferenţă semnificativă între frecvenţa fumătorilor printre canceroşi faţă de frecvenţa fumătorilor printre necanceroşi. Ca urmare, rezultatul de la tehnicile epidemiologice analitice (fumatul, un factor cu risc de îmbolnăvire pentru cancer bronhopulmonar) poate fi considerat ca valabil.

Din calculul riscului relativ şi a riscului atribuabil, folosiţi de metoda analitică pro şi retrospectivă, s-a putut reţine că punerea în relaţie de cauzalitate se face pentru fiecare factor încriminat. Iar pentru a cunoaşte detalii în loturile studiate se calculează riscul relativ şi atribuabil pe grupe de vîrstă, sexe, durata de acţiune (expunere), după intensitatea factorului (număr ţigarete pe zi) etc.

Deşi fundamental diferite, prin calităţile şi avantagiile lor, studiile analitice pro şi retrospective (schema 8)[xx] pot fi folosite separat şi, mai bine, în completare pentru verificarea ipotezelor emise de epidemiologia descriptivă.

---

x) [x] $\chi^2_{\text{corect}}_{GL=1} = \frac{N\left[|ad-bc| - \frac{N}{2}\right]^2}{n_1 n_2 n_3 n_4} = \frac{399\left[|157\times52) - (162\times28)| - \frac{399}{2}\right]^2}{319\times80\times185\times214} = \boxed{4,64}$

xx) Adaptare după V.Coroi şi C.Gorgos - Medicină Socială - Ed.Did.şi Ped. Bucureşti - 1980 pag. 216 .

Scanned with OKEN Scanner

Schema 8. - ANCHETA EPIDEMIOLOGICA PROSPECTIVA SI RETROSPECTIVA
- COMPARATIE -

Caracteristici \ Metoda	Ancheta prospectivă	Ancheta retrospectivă (anamnestică)
-Înainte de studiu	boală absentă lot studiu	boală prezentă lot studiu
-Prin studiu se determină	dacă boala va apare mai frecvent la cei expuși riscului	dacă factorul de risc presupus a fost prezent cu o frecvență mai mare la cei expuși
-Lotul: de studiu / martor	persoane expuse / pesoane neexpuse	persoane ce au făcut boala / persoane ce n-au făcut boala
-Durata și costul studiului	mari	reduse
-Perioada investigată	mare	relativ
-Sursa informațiilor	observare directă și continuă	memoria persoanelor și a arhivelor medicale
-Tehnici de calcul: risc relativ	$rr = \frac{a/a+b}{c/c+d} = >1$	$\frac{a/a+c}{b/b+d} = >1$
risc atribuabil	$r \cdot a = (a/a+b)-(c/c+d) = >0$	$(a/a+c)-(b/b+d) = >0$
risc individual	$r \cdot i = \frac{\text{nr. pers. ce fac boala}}{\text{nr. pers. expuse riscului}}$	Nu e posibil de obținut
-Precizia rezultatelor	mare	mică, necesar uneori aplicare test de comparare
-Erori datorită dimensiunii loturilor	reduse	mari
-Aplicabilitatea rezultatelor: teoretică	generală	restrînsă
practică	mare	redusă

O multitudine de factori cu risc de îmbolnăvire (cîteva sute) au fost identificați în diferitele teritorii de pe glob, care au servit pentru concretizarea măsurilor profilactice. Din aceștia prezentăm pe cîțiva:

- sexul, vîrsta (cu valoare diferită la copii și vîrstnici);
- mediul de reședință, altitudinea, forma de relief;
- migrația, desinserția socială, schimbarea modului de viață, naveta ocupațională;
- nivelul de instrucție generală și sanitară;
- profesia, ocupația, locul de muncă;
- comportamentul față de sănătate;
- conflicte în familie, în grupul de muncă;
- alimentația nerațională: cantitativ (sub, supra), calitativ, disproporția principiilor alimentare, carențe vitaminice;
- oligoelemente în apa potabilă;
- fumatul, sedentarismul, alcoolul, stressul etc.;
- boli, stări morbide sau stări fiziologice cu valoare de factor de risc pentru alte boli: hipertensiunea arterială, obezitatea, hiperuricemia, gușa, scăderea auzului, reducerea vederii, sarcina și multiparitatea, meno și andropauza etc.

Unii din factori se găsesc constant (cu frecvențe variabile) în toate te-

riteriile de pe glob (sedentarism, fumat etc.), alţii numai în unele zone (sub sau supraalimentaţie etc.), la mai multe persoane (la grupuri distincte) sau numai la unii indivizi; prezenţa unora şi mai ales într-o anumită combinaţie dă particularitate teritoriului, colectivităţii sau persoanei.

O mare parte din factorii de risc sînt comuni la mai multe din bolile cronice actuale (fumatul la HTA, cardiopatie ischemică, cancer broncho-pulmonar, bronşită cronică, maladie ulceroasă etc.) iar alţii se găsesc numai la cîteva boli cronice (oligoelementele). In ambele situaţii, şi în raport de prevenienţa lor, unii din aceşti factori constituiesc totdeauna un risc iniţial de îmbolnăvire rămînînd în mod constant ca atare (fumatul, supraalimentaţia etc.) şi de aceea se numesc <u>factori primari de risc</u>; alţi factori de risc provin din consecinţele (efectele) altora şi, ca urmare, se numesc <u>factori secundari de risc</u> (HTA, obezitatea, diabetul zaharat pentru cardiopatie ischemică). Identificarea factorilor prin anchete epidemiologice complete şi stabilirea felului (primari, secundari), frecvenţei, intensităţii şi gradului lor de asociere oferă posibilitatea întocmirii listei factorilor pentru fiecare persoană anchetată. Lista este utilă conducerii colectivităţii (teritoriale, ocupaţionale, şcolare) pentru elaborarea măsurilor de anihilare, reducere iar lista individuală foloseşte fiecărei persoane pentru a o aviza şi a o face cooperantă activă în aceiaşi acţiune profilactică (evitarea factorilor de risc din mediu, redresarea comportamentului deficitar). Instrucţia din tinereţe şi asigurarea clară în scris a elementelor necesare ca fiecare persoană să-şi aprecieze existenţa şi intensitatea factorilor de risc oferă o modalitate eficace pentru captarea interesului şi asigurarea cooperării în evitarea îmbolnăvirilor.

Din caracteristicile studiilor analitice s-a putut reţine că punerea în relaţie cauzală (factor-boală) şi rezultatul obţinut nu presupune în mod obligator confirmarea sau infirmarea ipotezei emisă de studiile descriptive întrucît asocierea cauzală nu este totuna cu cauzalitatea. Verificarea prin noi studii epidemiologice, prin studii clinice şi experimente de laborator dă certitudinea rezultatelor şi valabilitate măsurilor ce se întreprind.

3.4.3. - <u>Studiul clinic şi experimentul de laborator</u>

In cunoaşterea bolii izolate şi în populaţie, aportul observaţiilor clinice, completate cu cele experimentale şi epidemiologice întregesc imaginea şi conturează particularităţile fiecărei boli.

<u>Studiul clinic</u>, cu contribuţia obiectivizării laboratorului asigură aprofundarea cunoaşterii bolii izolate pe care cel epidemiologic nu-l poate egala. Precizările examenelor de laborator, corelate cu datele epidemiologice, stabilesc diagnosticul etiologic al bolii transmisibile la

Schema 9. -EXPERIMENTUL DE LABORATOR, CLINIC SI EPIDEMIOLOGIC
- COMPARATIE -

Caracteristici \ Tipul experimentului	Laborator	Clinic	Epidemiologic
-Cine sint subiecţii	animale de laborat	persoane internate sau în supraveghere medicală	oameni din mediul de viaţă sau de muncă
-Unde se realizează experimentul	în laborator	în servicii medicale	în mediul de viaţă sau de muncă
-Volumul loturilor	limitat	limitat	mare
-Dificultăţi ale cercetătorului în selectarea subiecţilor	fără constrîngeri	cu unele constrîngeri ce ţin de bolnavi, persoane în îngrijire medicală, voluntari.	cu constrîngeri ce ţin de proveniența persoanelor din zone geografice diferite, de acordul autorităţilor, de acceptul persoanelor, de posibilităţi în formarea echipei, de tehnici - aparate - materiale - bani
-Constrîngeri etice	absente	mari	f. mari
-Valoarea lotului martor în experiment	mare	f. discutabilă	discutabilă
-Efectul rezultat din expunerea lotului de studiu	pozitiv sau negativ	pozitiv	pozitiv
-Aprecierea efectului expunerii	f. precisă	precisă	relativ precisă
-Valoarea rezultatelor pentru populaţie	f. discutabilă	discutabilă	. mare

un bolnav, într-un episod epidemic etc. Unele ipoteze etiologice ce încep din observaţia clinică pot deveni aplicabile numai cu participarea experimentului de laborator şi a studiului epidemiologic în populaţie. Singur, experimentul clinic oferă rezultate valoroase pentru acţiunea unui medicament dar este impropriu în verificarea unor factori cu acţiune îndelungată şi care acţionează la nivelul mediului şi modului de viaţă (schema 9).

Studiul (experimentul) de laborator, prin calităţile sale, realizează verificarea ipotezei etiologice prin controlul direct al expunerii la risc pe loturi de animale (stabilite pe criteriile unui model), în schimb rezultatele nu sînt comparabile cu cele obţinute pe om (schema 9).

Studiul epidemiologic dă întîietate conceptului de etiologie multifactorială a bolii în populaţie prin aprecierea simultană a numeroaselor variabile (caracteristici personale, funcţii fiziologice şi factori de mediu). El diferă de experimentul de laborator prin alegerea şi menţinerea persoanelor în mediul de viaţă sau de muncă, prin talia loturilor şi durata mare a studiului (schema 9).

Scanned with OKEN Scanner

3.5. PRINCIPALELE BOLI CRONICE SI ACCIDENTELE DE CIRCULATIE CA PROBLEME DE SANATATE A POPULATIEI DIN R.S. ROMANIA

Bolile cronice sînt numeroase şi răspîndite pe tot globul, au tendinţă de creştere şi importanţă diferită în sănătatea colectivităţilor. Variaţia ordinei lor în tabloul morbidităţii populaţiei dă particularitate teritoriului, stadiului său de dezvoltare social - economică şi gradului de echipare cu servicii, cadre şi tehnicităţi medicale .

In ţările dezvoltate economic au frecvenţe mari în populaţii, unde cel puţin una din ele afectează sănătatea individului ce a depăşit 3o ani, după care asociaţiile de boli cronice cresc odată cu vîrsta. Fiecare din ele are caracteristici proprii prin gradul şi durata de alterare a sănătăţii, prin frecvenţele pe vîrste, sexe, ocupaţii şi prin implicaţiile social - economice, familiale şi personale ce le dă. Ca urmare, în aceste ţări, împreună cu accidentele de circulaţie ele constituiesc " dominanta" serviciilor medicale şi a guvernelor în preocupările acestora pentru ameliorarea sănătăţii populaţiei şi pentru reducerea consumului ce-l dau în bugetul naţional, familial şi al asigurărilor sociale.

Dintre acestea : bolile cardiovasculare, neoplaziile maligne, tulburările mintale, bolile reumatice, caria dentară şi parodontopatiile, bolile pulmonare (din care mai ales pneumopatia cronică obstructivă), sechelele invalidante şi infirmităţile consecutive accidentelor ori bolilor infecţioase (mai ales cele după hepatita virală), diabetul, bolile digestive ş.a. sînt probleme majore de sănătate în teritoriile dezvoltate economic şi pot fi în viitor şi în teritoriile ce sînt azi în curs de dezvoltare .

Aceste boli, grupe sau clase de boli, prin nivelele mari ale prevalenţei sau mortalităţii (ori ale ambelor), prin invalidităţi începînd cu vîrstele tinere necesită mari eforturi tehnice şi financiare pentru depistare, supraveghere şi asistenţă medicală continuă, pentru asigurarea medicamentelor, în realizarea recuperării sociale şi profesionale a bolnavilor şi pentru găsirea sau creşterea eficienţei măsurilor profilactice .

In ţara noastră , lupta împotriva bolilor cronice se desfăşoară prin măsuri complexe social - economice şi medicale. Prevederile legislative (legea 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei, legea 9/1973 de protecţie a mediului înconjurător, legea 5/1965 de protecţie a muncii ş.a.) şi programele naţionale de prevenire şi combatere pentru boli sau grupe de boli (cardiovasculare, tumori

sănătate mintală, boli de dinţi etc) elaborate începînd cu 2o ani în urmă angajează toate compartimentele activităţii social economice şi toate eşaloanele medicale din întregul teritoriu al ţării. In cadrul acestora, depistarea bolii la grupele de populaţie cu risc crescut, asistenţa medicală şi cu medicamente - rezolvarea medico - socială - acţiunile complexe de recuperare a bolnavilor, depistarea şi reducerea factorilor ce condiţionează aceste boli, adaptarea continuă a serviciilor medicale ambulatorii şi spitaliceşti constituie acţiuni şi activităţi prioritare în cadrul planurilor sanitare de scurt şi lung termen .

3.5.1. Bolile cardiovasculare

3.5.1.1. Aspecte generale şi importanţa lor

Clasa aparatului circulator cuprinde un mare număr de boli, localizări, forme de evoluţie şi are tablouri proprii de morbiditate ce se modifică la mari intervale de timp. Bolile acestui aparat sînt prezente în toate teritoriile de pe glob, iar frecvenţa mare a morbidităţii şi mortalităţii în populaţii are - în general - tendinţă de creştere (unele din ele cu caracter lent epidemic). Se apreciază că sînt pe glob cel puţin 8oo milioane de cazuri de boli cardiovasculare sau o prevalenţă de 2o cazuri p.1oo loc. In toate ţările în care se înregistrează cauza de deces (total sau parţial), bolile aparatului circulator constituie prima cauză de moarte, chiar şi în unele ţări în curs de dezvoltare . In ţările dezvoltate economic, bolile cardiovasculare deţin jumătate sau chiar mai mult din totalul deceselor, constituind - în tabloul mortalităţii - prima cauză de deces şi omorînd astăzi mai mulţi oameni decît tumorile maligne, accidentele şi bolile infecţioase la un loc .

In majoritatea bolilor cardiovasculare, procesul morbid de bază apare devreme, se dezvoltă insidios şi este într-un stadiu avansat cînd îl cunoaştem ca boală clinică, iar la unele din ele boala apare ca moarte subită. In general, bolile cardiovasculare au o evoluţie cronică invalidantă şi cu pronostic rezervat. Intrucît terapeutica actuală nu este încă în măsură să rezolve problema mortalităţii, unele din boli creiază un sentiment de îngrijorare permanentă pentru bolnav şi anturaj .

Implicaţiile bolilor cardiovasculare interesează colectivitatea, familia şi individul prin multiplele sale aspecte sociale, economice, demografice şi familiale. Prin numărul mare al pierderilor de vieţi omeneşti, şi mai ales al celor premature, contribuie cel mai mult la reducerea duratei medii a vieţii, anii de viaţă pierduţi datorită bolilor cardiovasculare variind între 4 şi 11, diferind după ţări, dar mai numeroşi pentru sexul feminin (tabel 36) . Imbolnăvirile grave de la vîrstele şcolarizării determină neterminarea sau prelungirea duratei instrucţiei generale ori profesionale, iar la vîrstele active ele dau o pondere importantă în absenteismul din producţia socială şi un efort pînă la 1/3 din incapacitatea permanentă. Ele consumă 1o - 2o % din consultaţiile dispensa -

relor medicale şi din internările în spitale. In Suedia, cheltuielile pentru îngrijirile medicale a bolilor cardiovasculare reprezintă 2,5 % din venitul naţional iar decesele şi invaliditatea ler reduc venitul naţional cu încă 1,5 % .

Tabel 36-SPERANTA VIETII LA NASTERE SI ANII DE VIATA PIERDUTI DATORITA DECESELOR CARDIO-VASCULARE IN UNELE TARI

Nr. crt.	TARA	Anul	Speranta de viata la nastere		Ani de viata pierduti dat deceselor cv	
			M	F	M	F
1	SUEDIA	1968	71,8	76,5	8,5	9,6
2	NORVEGIA	1968	71,3	76,9	8,0	8,1
3	OLANDA	1968	71,0	76,6	6,9	7,1
4	DANEMARCA	1968	70,8	73,7	9,2	9,8
5	GRECIA	1968	70,7	74,7	3,8	4,2
6	ELVETIA	1968	70,1	75,8	7,0	9,4
7	R.P.BULGARIA	1968	69,3	73,5	7,4	10,8
8	ANGLIA si T.GALILOR	1968	68,7	74,9	7,4	9,0
9	ITALIA	1968	68,4	74,0	7,1	8,9
10	FRANTA	1968	68,2	75,7	4,3	4,8
11	R.F GERMANA	1968	67,7	73,9	6,0	6,6
12	BELGIA	1968	67,6	73,9	6,3	6,8
13	R.S.CEHOSLOVACA	1967	67,4	73,8	7,0	9,0
14	R.P. POLONA	1968	67,1	74,0	6,1	7,5
15	AUSTRIA	1968	66,6	73,5	6,1	8,0
16	FINLANDA	1968	65,9	73,6	8,6	9,8
17	R S.ROMANIA	1970	65,6	70,2	6,0	7,3
18	R.F IUGOSLAVIA	1968	65,4	69,6	4,6	5,7

Sursa: World Health Statistics Raport - vol 25/1972
Pentru R.S.R. date prelucrate

Intrucît factorii de mediu au un rol important în aceste boli apariţia lor poate fi prevenită şi incidenţa lor poate fi redusă prin modificări ale mediului şi corectări ale comportamentului individual pentru sănătate ; dar , aceste măsuri profilactice de mare eficienţă se realizează cu greutate în practică .

3.5.1.2. Aspecte de epidemiologie descriptivă

La această clasă de boli se pot distinge cîteva particularităţi în structura bolilor ce le cuprinde, în distribuţia şi tendinţa morbidităţii în populaţie.

Pe lîngă ateromatoză - cu debut precoce şi apariţie tardivă ca morbiditate "modernă" cardiovasculară - şi anomaliile cardio - vasculare , ambele cu frecvenţe mai mari şi în creştere în teritoriile dezvoltate economic, o patologie foarte diversă poate avea un răsunet cardio - vascular (direct sau indirect) : boli infecţioase, focare amigdaliene şi dentare, boli cronice pulmonare , bolile renale, afecţiunile endocrine, bolile de ficat , diabetul, obezitatea etc.

Parţial sau în totalitatea lor, bolile cardio - vasculare se întîlnesc pe tot globul. Cele de natură infecţioasă (reumatismul articular acut şi cardiopatiile reumatismale) - mai frecvente în teritoriile în curs de dezvoltare - sînt în scădere în teritoriile dezvoltate economic, iar bolile cu origine neinfecţioasă - cu o cauzalitate multifactorială - au frecvenţe importante şi în creştere în ultimile decenii mai ales în teritoriile dezvoltate, chiar în situaţia creşterii numerice şi ponderii vîrstnicilor în structura lor demografică .

Ele afectează persoane de ambele sexe şi medii de reşedinţă şi interesează toate vîrstele, dar diferit : anomaliile congenitale sînt mai frecvente în primii 5 ani de viaţă, boala reumatismală - ce afectează preponderent cordul - are frecvenţe mai mari între 5 şi 3o ani, iar după 3o ani - hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică şi ateroscleroza domină tabloul acestei clase de boli, a căror frecvenţe cresc odată cu vîrsta şi au tendinţă de întinerire în

Scanned with OKEN Scanner

populaţii .

Datele obţinute din anchete medicale (în general nereprezentative) sau cele bazate pe estimaţii arată o prevalenţă pe glob de 2o bolnavi cu boli cardio-vasculare pentru 1oo loc., cu nivele variind între 25 % în SUA şi 15 % în alte ţări. Din asemenea anchete rezultă că 1/5 din populaţia teritoriilor dezvoltate economic suferă de o boală a aparatului cardio - vascular. Un studiu x) realizat în SUA pe 14,1 % din întreaga populaţie (29,3 milioane persoane) arată că 22,9 % din bolile cronice ce limitează activitate erau boli cardio-vasculare (16,2 % boli cardiace şi 6,7 % boala hipertensivă). In majoritatea ţărilor dezvoltate bolile cardio-vasculare determină 1o-2o % din incapacitatea temporară de muncă şi din numărul spitalizărilor şi ponderea cea mai mare în cadrul invalidităţii datorită bolilor şi accidentelor .

Mortalitatea prin boli cardio-vasculare a crescut în toate ţările, iar recent are nivele mari şi variabile în zona nordică a globului (tabel 37), între 3o1 (Islanda), 352 (Grecia) şi 638 (Ungaria), 754 (R.D. Germană), 264 (Japonia), 41o (Aus - tralia) şi 462 ‰oo în SUA .

Tabel 37- Mortalitatea prin boli aparat circulator pe sexe în Europa şi alte ţări - 1977 (decese la 100 000 loc.)

Mortalitate specif. / TARA	Boli aparat circulator		
	Total	M	F
1. Islanda	300,7	342,0	258,4
2. Grecia (1976)	351,7	343,6	359,4
3. Olanda	358,1	388,7	329,9
4. Iugoslav.(1975)	367,4	349,3	385,0
5. Spania (1975)	372,9	363,2	382,2
6. Polonia (1976)	395,5	403,8	387,5
7. Franţa (1976)	396,5	382,0	410,5
8. Elveţia	434,3	438,0	430,8
9. Danemarca	482,5	535,9	430,3
10. Norvegia	486,0	532,6	440,2
11. Finlanda(1975)	489,2	525,5	455,2
12. Belgia (1976)	512,1	532,6	492,4
13. România	515,0	481,3	547,8
14. R.F.G.	542,0	523,6	558,7
15. Suedia	567,7	623,0	513,1
16. Cehoslov(1975)	569,1	562,8	575,1
17. Bulgaria	577,8	577,5	578,0
18. Anglia şi T.Gal.	597,7	598,6	592,9
19. Austria	628,5	584,1	668,1
20. Ungaria	637,7	638,2	637,1
21. R.D.G. (1974)	754,4	686,0	813,6
22. Japonia	264,0	271,5	256,0
23. Australia	403,9	426,2	393,5
24. S.U.A. (1976)	461,9	498,0	427,6

Sursa: Ann. St. Sanit. Mondiales - OMS, 1978

Nivelele pe sexe ale mortalităţii diferă după structura şi nivelele mortalităţii bolilor din această clasă .

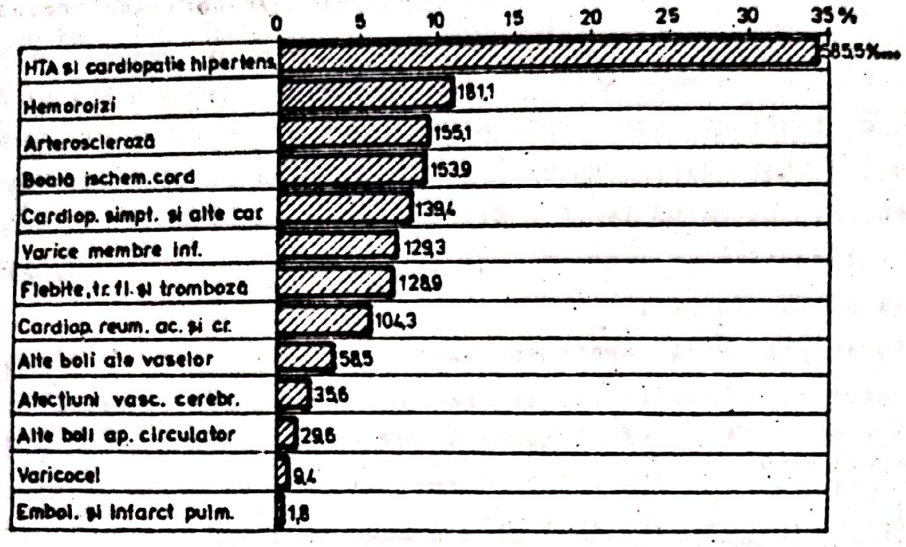
Medicamentele pentru bolile cardio - vasculare ocupă unul din primele locuri în producţia şi consumul general .

In România, după datele înregistrate în activitatea curentă a serviciilor medicale ambulatorii, în situaţia inexistenţei unei de - clarări nominale a acestor boli, rezultă că anual se înregistrează la populaţia peste 2o ani aproximativ 25o.ooo cazuri noi de îmbolnăvire sau o incidenţă pentru anul 1978 de 17oo cazuri noi p. 1oo.ooo loc. cu nivele mai mari la sexul feminin şi în urban . Incidenţa pe boli are în ordine descrescîndă (pentru aceste vîrste) : hipertensiunea arterială (mai mult de 1/3), cardiopatia ischemică (aproximativ 1/5) , urmate de hemoroizi, varice ş.a. (fig. 31) . După ancheta medicală complexă făcută în ţara noastră în anii 1964/1965 a rezultat o prevalenţă de 16,7 cazuri p.1oo

x) Departament of Health, Education and Welfare " Limitation of Activity Due to Cronic Conditions " , U.S. June , 1974 - Series 1o nr. 111 Rockville .

cu nivele mai mari în urban, pentru sexul feminin şi în teritoriile din apusul ţării. De la 4o - 44 ani, unde prevalenţa avea valori medii, nivelele cresc odată cu vîrsta ajungînd peste 85 ani la o prevalenţă de 87 cazuri de boli cardiovasculare pentru loo loc.(tabel 38).

Fig.nr.31-INCIDENTA BOLILOR APARATULUI CIRCULATOR LA ADULTI-RSR-1978 (ambele medii şi sexe) - la 100 din total boli C.V. şi la 100 000 locuitori



Frecvenţa cazurilor existente de boli cardio - vasculare este mai mare la profesii cu solicitări psihoemoţionale (transporturi) şi mai mică la profesii cu efort fizic preponderent (industria extractivă) .

Tabel 38. Prevalenţa bolilor cardiovasculare în RSR pe medii, sexe şi unele vîrste-ancheta 964/965

Toate vîrstele	-	16,7 %
urban	-	2o,1
rural	-	14,7
masculin	-	13,5
feminin	-	19,5
4o - 44 ani	-	16,7
5o - 54	-	29,2
55 - 59	-	4o,7
65 - 69	-	65,2
85 +	-	86,6

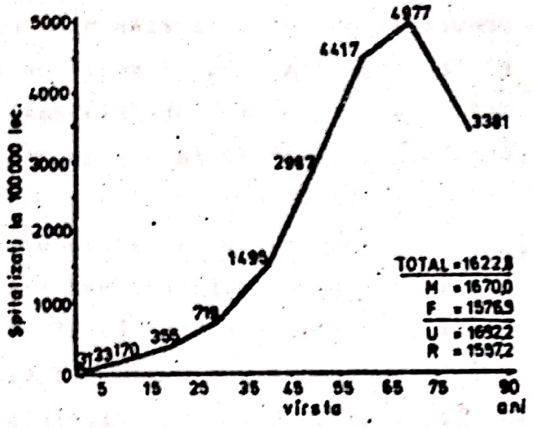
In 1978 au fost 355 mii spitalizaţi cu diagnosticul la ieşire de boli cardio - vasculare (7,8 % şi rangul 4 din spitalizaţii pentru toate bolile), cu un consum de 4,8 milioane zile de spitalizare şi o durată medie de internare (13,5 zile) mai mare ca în alte boli. Spitalizaţii din 1978 (inclusiv repetările) au avut o frecvenţă de 16,2 p.looo loc., mai multe pentru masculin (16,7 %o) şi pentru populaţia urbană(16,9 %o) .

Frecvenţa spitalizărilor creşte odată cu vîrsta (după 45 de ani avînd nivelele cele mai mari (3o - 5o la looo loc) - fig. 32 -, bolile cardio - vasculare deţinînd la aceste vîrste locul 1 în ponderea tuturor spitalizărilor. Din bolile cardio - vasculare spitalizate ponderea cea mai mare o deţin : hipertensiunea arterială (23 %), cardiopatiile ischemice (18 %) şi cardiopatiile reumastimale cronice (8,5 %). In cadrul deceselor în spitale, bolile cardiovasculare participă cu 37 % (locul 1) .

In anul 198o, bolile cardio - vasculare au provocat 3,8 milioane zile

de incapacitate temporară la personalul coupat în producţia socială (rangul 5 cu 7 % din totalul absenteismului da - torită bolii) şi deţin locul 1 în ta - bloul invalidităţii datorită bolii (2o% din totalul invalizirilor existenţei) .

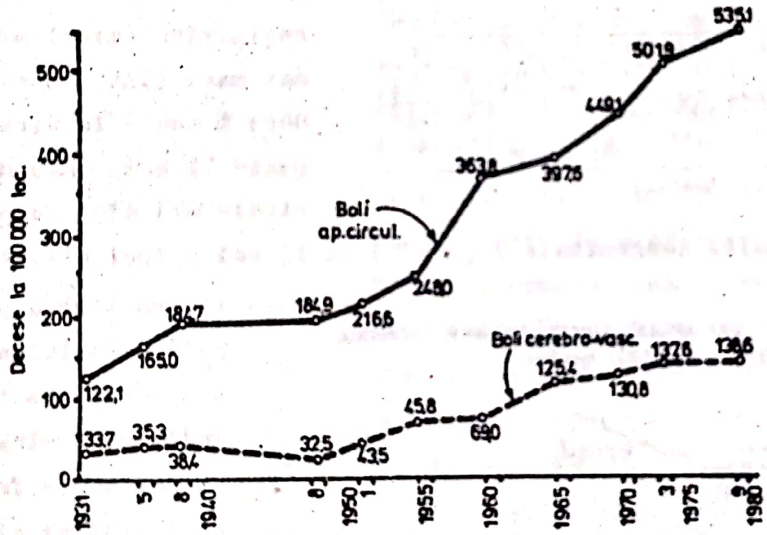
Fig.32-Spitalizaţi prin boli aparat circulator pe grupe de vîrstă în R.S.România pentru anul 1978



In România , în decurs de jumătate de secol (1931 - 1979), nivele - le mortalităţii prin boli cardio - vasculare au crescut de 4,4 ori şi mai ales în ultimile 2 decenii , de la 122 ‰oo în 1931 , la 364 ‰oo în 1960 şi 535 decese p. 1oo.ooo loc. în 1979 (fig. 33), ocupînd în prezent o poziţie intermediară în Europa (tabel 37).

In anul 1979 au decedat prin boli aparat circulator 118.ooo persoane (la un total de 217.5oo decese) ceeace reprezintă 55,2 din 1oo decese prin toate bolile. Această pondere a letalităţii cardio-vascu - lare a crescut în perioada 1938 - 1979 de 5,6 ori (de la 9,8 % în 1938) -fig- 34 - ceea ce a făcut ca bolile cardio - vasculare să deţină de 3o de ani locul 1 în tabloul mortalităţii din ţara noastră . Atît mortalitatea cît şi letalitatea au avut nivele mai mari pentru sexul feminin, iar în ultimii 15 ani nivelele mortalităţii cardio - vasculare au devenit mai mari în rural şi cu rate de creştere mai importante decît în urban (tabel 39) . Aceeaşi schimbare se constată în ultimii ani şi pentru letalitate (tabel 39) . Aceste noi aspecte din rural se datoresc nu numai ameliorării diagnosticului şi creşterii ponderii vîrstnicilor ci şi aplicării cu eficienţă scăzută a profilaxiei primare şi secundare în aceste colectivităţi .

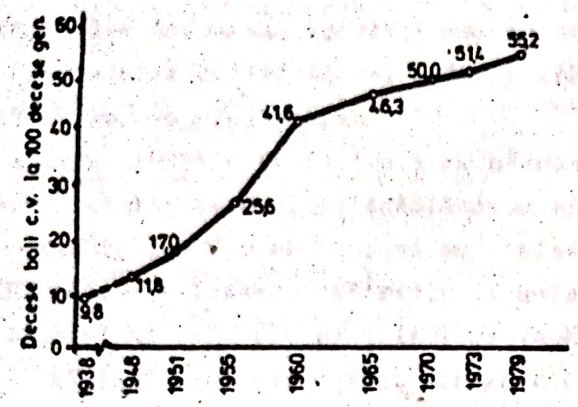
Fig.nr.33-MORTALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR DIN CARE PRIN BOLI CEREBRO-VASCULARE IN R S ROMANIA,1931-1979



Repartiţia geografică a mortalităţii şi letalităţii prin boli cardio-vasculare în România (fig. 35 şi 36) arată în mod constant nivele şi ponderi

mai mari în teritoriile din vestul şi sud- vestul ţării : în judeţele Arad, Timiş, Mehedinţi , Caraş - Severin , Sălaj, Bihor, Dolj , Teleorman , Olt ş.a. In aceste teritorii există nu numai proporţii mai mari la vîrstnici ci şi factori în mediul şi modul de viaţă a populaţiei ce condiţionează aceste boli faţă de celelalte teritorii ale ţării .

Fig nr.34-LETALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR R.S.ROMÂNIA 1938-1979



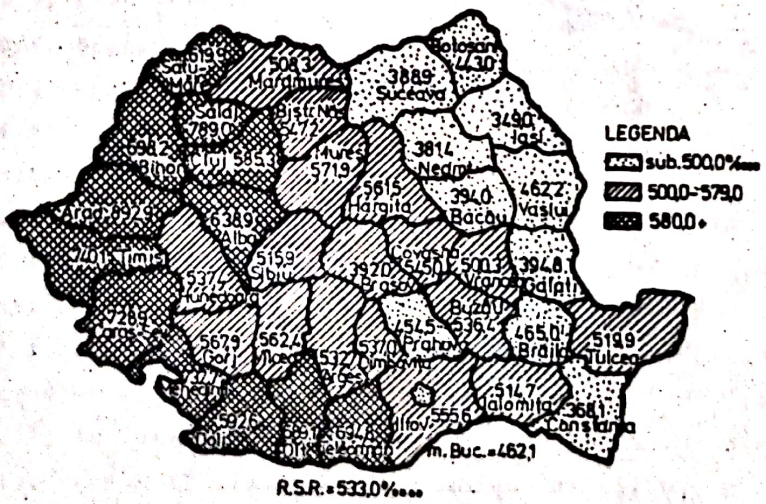
In toate ţările europene repartizarea pe vîrste a mortalităţii prin boli ale aparatului circulator are aceleaşi caracteristici (tabel 4o) : după nivelele de 5 - 15 ‰ ooo în primul an de viaţă are nivelele cele mai scăzute între 5 şi 14 ani , iar de la 35 ani nivelele mortalităţii cresc odată cu vîrsta înregistrînd valorile cele mai mari (între 69oo şi 94oo ‰ ooo) la vîrstele peste 75 ani. România are nivele mai mici în primul an de viaţă (prin anomalii congenitale) şi pînă la 15 ani , apoi nivelele ţării noastre depăşesc pe a celorlalte ţări din europa la toate grupele de vîrstă (tabel 4o).- Faţă de anul 1937 nivelele mortalităţii prin boli cardiovasculare pe vîrste sînt mai reduse în primii 4o ani de viaţă şi,mai mari după vîrsta de 6o ani (fig. 37), dar la vîrstele avansate ele depăşesc pe cele ale altor ţări europene .

Tabel 39-MORTALITATEA SI LETALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR IN R.S.ROMANIA - pe medii şi sexe în 1939, 1956, 1965 şi 1979

Mediul şi sexul \ Mortalitatea şi letalit.		Decese prin boli C.V. la 100 000 loc.				Decese C.V. din 100 decese generale			
		1939	1956	1965	1979	1939	1956	1965	1979
Ambele sexe şi medii		185,3	278,5	397,6	535,1	9,6	28,0	46,4	54,2
Ambele sexe	U	305,0	309,0	364,3	427,5	15,3	36,8	49,8	50,8
	R	154,2	264,5	414,5	655,7	7,1	24,8	44,9	56,5
Ambele medii	M	...	...	349,6	501,7	....	...	39,7	48,2
	F	...	...	443,7	567,6	...	...	53,0	60,8

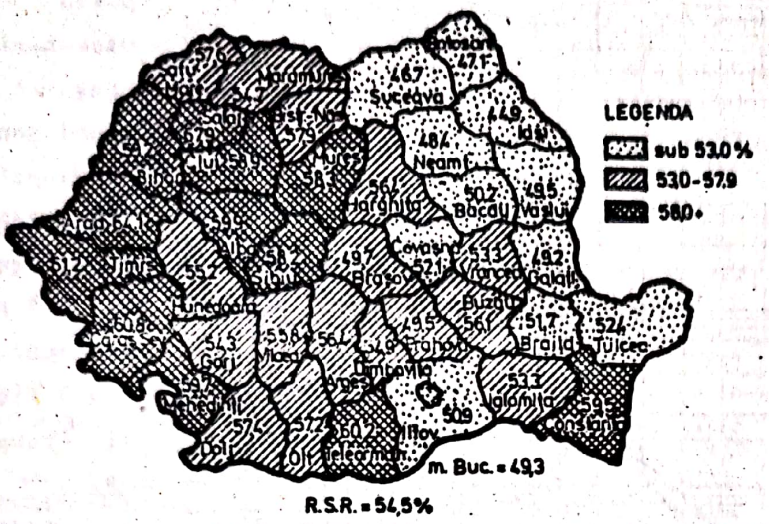
Sursa: An. Demog., Brev. St. şi Bul. Spec. M.S.

Fig nr.35-MORTALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR IN R.S.ROMANIA PENTRU 1978 + 1979 (la 100 000 locuitori)



In schimb letalitatea pe grupe de vîrstă la interval de 2o ani (1958 - 1979) , arată , pentru anul recent , ponderi mai mari ale deceselor cardio - vasculare începînd cu vîrsta de 45 ani (fig.38) . Pînă la vîrsta de 3o ani letalitatea prin aparat circulator în toate ţările europe - ne (inclusiv în ţara noastră) nu depăşeş- te lo % . Ea creşte apoi cu vîrsta ajun - gînd la 6o - 8o % la vîrstele avansate (fig. 38) .

Fig.nr.38-LETALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR IN R.S.ROMANIA 1978 - 1979 (la 100 din total decese)



Tabel 40-Mortalitatea prin boli cardio-vasculare,pe grupe de vîrstă în unele ţări din Europa (la 100000 loc.)

Ţara / Vîrstele	Austria 1977	R D G 1974	R S R 1977
sub 1 an	14,0	5.0	5.0
1 - 4 ani	1,9	2,5	1,0
5 -14	0,9	0,9	1,5
15-24	4,1	3,7	7,6
25-34	12,5	9,3	21,7
35-44	49,2	42,2	65,6
45- 54	178,6	156,1	209,6
55 - 64	503,9	566,3	672,4
65 - 74	1747,1	2055,7	2300,1
75 +	6866,3	8299,9	9378,7
Toate vîrstele	628,3	637,7	515,0

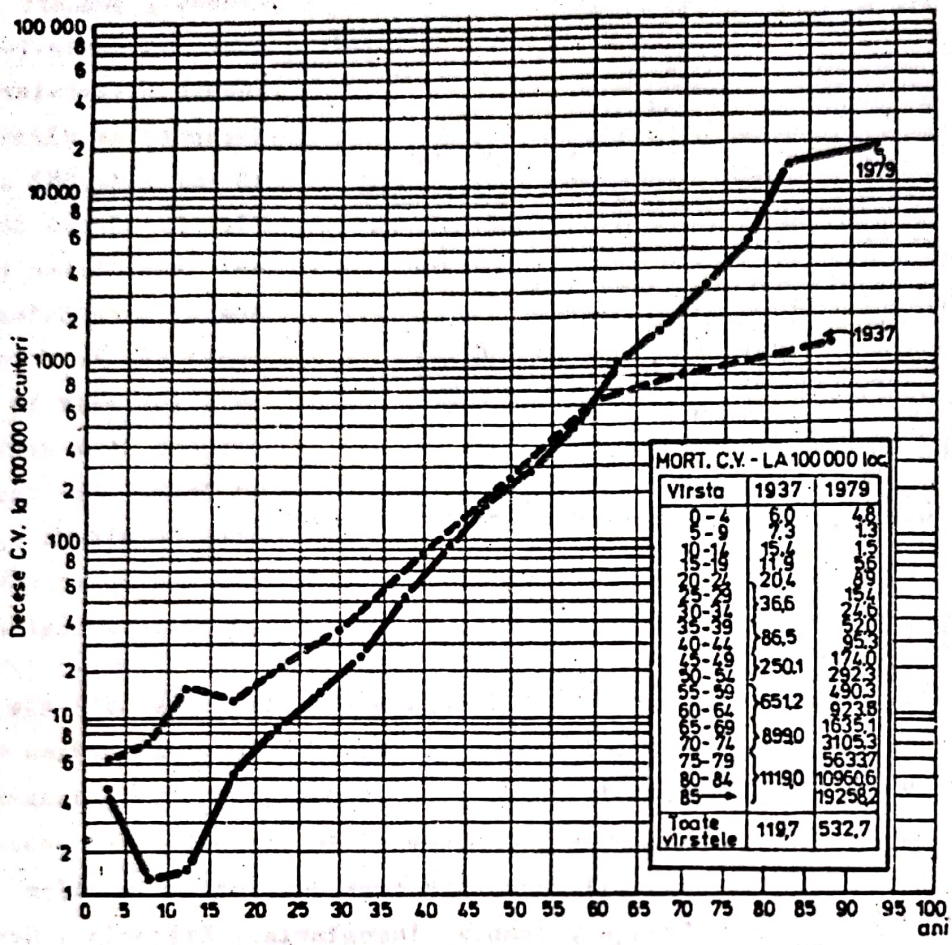
Sursa: Ann. St. Sanit. Mondiales O.M.S. - 1979

Nivelele mortalităţii pe boli ale apa- ratului circulator variază în zona nordică a globului după ţări şi sexe. In ţările avansate economic , cardiopatiile ischemice dau ponderea cea mai mare la decese cu excepţia ţărilor Franţa , Spania, Iugoslavia , Bulgaria , Grecia şi România în care bolile cerebro vasculare de- ţin primul loc (tabel 41) . După acestea , lo- cul 3 îl ocupă boala hipertensivă cu nivele mari în România , Ungaria şi R.D. Germană (tabel 41). In toate ţările cardiopatiile ischemice dau ni - vele de mortalitate mai mari la sexul masculin , iar boala hipertensivă şi afecţiunile vasculare cerebrale dau nivele mai mari la sexul feminin (tabel 41) .

In România, pentru anul 1979, după mortalitatea prin alte cardiopatii (care gru - pează numeroase afecţiuni : pericardite , endo- carditele şi miocarditele acute şi în special cordul pulmonar) cu 35 % leta - litate şi care deţine locul 1 urmează în ordine : bolile cerebro - vasculare cu o letalitate de 26 % , cardiopatia ischemică (2o % letalitate) , boala hi- pertensivă (12 % letalitate) şi pe ultimul loc cardiopatiile reumatismale (2,8 % letalitate) - tabel 42.- Dintre acestea, mortalitatea prin boli hi -

Scanned with OKEN Scanner

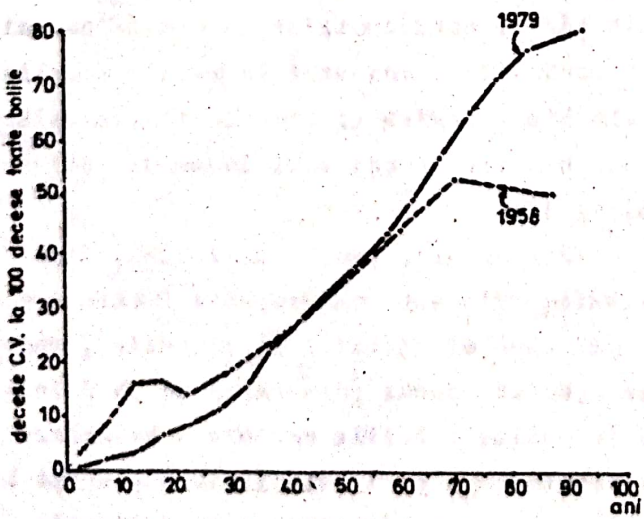
Fig.nr. 37- MORTALITATEA PRIN BOLI CARDIOVASCULARE PE GRUPE DE VIRSTA IN R.S.R. (ambele sexe şi medii) 1937 şi 1979



MORT. C.V. - LA 100 000 loc.

Virsta	1937	1979
0-4	6,0	4,8
5-9	7,3	1,3
10-14	15,4	1,5
15-19	11,9	3,6
20-24	20,4	8,9
25-29	36,6	15,4
30-34		24,6
35-39	86,5	52,0
40-44		95,3
45-49	250,1	174,0
50-54		292,3
55-59	651,2	490,3
60-64		923,8
65-69	899,0	1635,1
70-74		3105,3
75-79	1119,0	5633,7
80-84		10960,6
85 →		19258,2
Toate virstele	119,7	532,7

Fig.nr. 38. -LETALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR PE GRUPE DE VIRSTA IN RSR 1958 şi 1979 (ambele sexe şi medii)



pertensive şi mai ales prin cardiopatia ischemică sînt în creştere şi numai pentru cardiopatia ischemică nivelele mortalităţii sînt mai mari la sexul masculin (tabel 42) .

Redăm în continuare principalele aspecte ale bolilor cardio vasculare mai frecvente în ţara noastră şi în alte ţări .

Cardiopatiile ischemice

(în termeni uzuali cardiopatia ischemică) includ, după experţii OMS[x], infarctul acut de miocard, alte forme acute sau subacute ale cardiopatiilor ischemice, infarctul vechi de miocard, angina pectorală, alte forme de cardiopatie ischemică cronică .

x) Clasificaţia Internaţională a bolilor, traumatismelor şi cauzelor de deces - IX - revizie, 1977 , Geneva - Trad. MS, pag. 48 .

Tabel 41 - Mortalitatea prin principalele boli cardiovasculare pe sexe în Europa şi alte ţări - 1 9 7 7 (decese la 100000 loc.)

Mortalitate specif. / TARA	Boli hipertensive			Boli ischem. ale cord.			Boli cerebro-vasc.		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
1. Islanda	3,6	2,7	4,5	187,6	225,0	149,2	65,8	66,1	65,5
2. Grecia (1976)	14,5	12,2	16,6	97,0	124,8	70,3	155,1	129,0	180,1
3. Olanda	6,8	5,1	8,4	185,7	229,5	142,4	85,1	77,2	92,9
4. Iugoslav. (1976)	11,2	8,7	13,7	79,7	90,7	69,1	91,5	81,2	101,4
5. Spania (1975)	6,6	5,3	7,8	79,2	96,7	62,6	142,3	127,9	156,1
6. Polonia (1976)	18,0	13,2	22,6	81,7	109,1	55,7	61,0	52,9	68,6
7. Franta (1976)	15,4	12,9	17,8	94,2	109,5	79,5	141,0	123,6	157,8
8. Elveţia	23,3	16,5	29,8	131,4	165,7	98,9	106,1	95,5	116,2
9. Danemarca	5,3	4,9	5,6	310,3	369,6	252,4	94,6	89,0	100,0
10 Norvegia	15,1	13,4	16,7	252,5	320,1	186,0	136,3	121,5	151,0
11. Finlanda (1975)	15,0	7,8	21,7	258,2	331,6	189,5	109,6	92,2	125,8
12. Belgia (1976)	11,0	8,2	13,7	180,2	224,0	138,3	155,2	138,1	171,6
13. România	59,4	47,5	71,0	99,3	107,4	91,5	140,2	124,8	155,1
14. R.F.G.	20,3	13,9	26,1	221,8	253,7	192,9	159,9	134,8	182,7
15. Suedia	4,4	4,0	4,8	377,0	445,3	309,6	111,5	100,2	122,7
16. Cehoslov. (1975)	8,9	8,0	9,7	274,5	298,8	251,5	191,5	171,3	210,7
17. Bulgaria	16,8	14,4	19,2	242,7	258,0	227,0	232,6	221,9	243,4
18. Anglia şi T. Gal.	14,7	13,5	15,8	317,2	373,8	263,5	149,3	116,3	180,6
19. Austria	23,1	15,9	29,5	272,0	278,2	266,5	188,9	157,8	216,6
20. Ungaria	59,6	47,5	71,0	250,8	283,4	220,0	180,5	169,4	191,0
21. R.D.G. (1974)	112,9	89,5	133,2	146,5	167,4	128,4	88,2	75,1	99,4
22. Japonia	17,0	14,8	19,2	39,8	44,7	35,0	149,8	155,4	144,4
23. Australia	9,6	8,2	11,0	232,2	274,3	189,8	103,3	83,2	123,5
24. S.U.A. (1976)	7,8	7,1	8,5	301,0	345,1	259,1	87,9	77,1	98,0

Sursa: Ann. St. Sanit. Mondiales - O M S, 1979

Tabel 42 - MORTALITATEA ŞI LETALITATEA PRIN BOLI APARAT CIRCULATOR IN R.S. ROMANIA 1969 şi 1979

Mortalitatea / Subgrupe de boli C.V.	Cod.	Decese C.V. la 100 000 loc.					
		Ambele sexe		Masculin		Feminin	
		1969	1979	1969	1979	1969	1979
Reum. artic. ac. şi card. reum. cr.	132-133	14,6	14,8	11,9	12,1	17,3	16,0
Boli hipertensive	134-136	53,1	64,3	42,1	53,4	63,8	73,4
Boala ischemică a inimii	137-138	68,2	104,8	72,6	114,4	64,0	96,2
Alte cardiopatii	139-140	188,9	186,1	171,7	170,3	205,5	199,3
Boli cerebro-vasc.	141-144	135,1	136,0	118,5	121,8	151,1	150,9
Alte boli ale ap. circul.	145-152	9,3	29,1	9,9	24,7	8,7	31,8
TOTAL	132-152	469,3	535,1	426,7	501,7	510,3	567,6
		DECESE SUBGRUPE DE BOLI LA 100 DEC. C.V.					
Reum. artic. ac. şi card. reum. cr.	132-133	3,1	2,8	2,8	2,4	3,4	2,8
Boli hipertensive	134-136	11,3	12,1	9,9	10,6	12,5	12,9
Boala ischemică a inimii	137-138	14,5	19,7	17,0	22,8	12,6	16,9
Alte cardiopatii	139-140	40,3	34,8	40,3	33,9	40,3	35,1
Boli cerebro-vasc.	141-144	28,8	25,5	27,8	24,3	29,6	26,6
Alte boli ale ap. circul.	145-152	2,0	5,7	2,3	5,8	1,7	5,6
TOTAL	132-152	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Decese boli ap. circul. la 100 decese generale	132-152	46,7	54,2	40,5	48,2	53,2	60,8

Sursa: An. Dem., Brev. St. şi Bul. Spec. M.S.

De 40 - 50 ani, cardiopatia ischemică se identifică ca boală în populaţii cu frecvenţe în creştere şi cu o mare gravitate pronostică. Morbiditatea şi morta - litatea sînt mai mari la vîrstele active şi în teritoriile dezvoltate economic. Este considerată ca o boală a modu - lui de viaţă din zona nordică a globului . In ţările în curs de dez - voltare, nivelele bolii şi ale mortalităţii încep să crească odată cu adoptarea acestui mod de viaţă şi pe măsura ameliorării diagnosti - cului .

Informaţiile asupra frecvenţei car - diopatiei ischemice sînt extrase din anchetele medicale în populaţii sau din registrele de boală instituite în centrele OMS pentru studiul bolii. Ancheta medicală din Finlanda x), pe 4375 bărbaţi şi 3738 femei în vîrstă de 30 - 59 ani, găseşte pen-

x) Reananen A. ş.a. - Prevalenţa anginei pectorale şi a altor dureri toracice la nouă grupuri de populaţie din Finlanda - Excerpta Medica 1974, 612/2 .

Scanned with OKEN Scanner

tru angina pectorală o prevalenţă în creştere cu vîrsta : la bărbaţi o,4 % pentru 3o - 34 ani şi 8,2 % pentru 5o - 59 ani iar la femei o prevalenţă mai mare de 1,6 % şi respectiv 9,6 %. Studiul făcut de centrele OMS din Europa pe 3,6 milioane persoane găseşte în 1975 o incidenţă a infarctului acut de 2,78 %o. Acelaş studiu relevă frecvenţe ale bolii de 4 - 5 ori mai mari în teritoriile nordice faţă de cele sudice ale Europei . Mortalitatea prin cardiopatia ischemică în Europa este în creştere în toate ţările, în 1977 variază între 8o - 9o %ooo în Spania, Iugoslavia şi Polonia şi 31o - 38o %ooo în Danemarca, Anglia, Suedia (tabel 41) . Pentru acelaş an nivelele mortalităţii în Japonia sînt f. mici (4o %ooo), iar Australia şi SUA (1976) au o mortalitate de nivel european . In toate teritoriile sexul masculin are nivele mai mari, iar majoritatea deceselor cuprind persoane începînd cu vîrsta de 45 de ani . In cadrul cardiopatiilor ischemice, infarctul acut al miocardului are un aspect de mare gravitate în special în primele ore şi în prima zi de la apariţie. După datele OMS x) , obţinute din registrele europene de infarct miocardic (pe un lot de 3342 bolnavi cu infarct acut) rezultă că 1/3 din decese au avut loc în primele 3o minute de la accident şi 63 % în prima zi . După acelaş raport reiese că promptitudinea şi eficienţa îngrijirii medicale de specialitate ar reduce mult gravitatea infarctului acut .

- pînă la 3o minute	- 33 %
- 3o - 59 minute	- 6
- 6o - 119 minute	- 5
- 2 - 3 ore	- 5
- 4 - 23 ore	- 14
- 1 - 28 zile	- 37

In România , anual se înregistrează peste 5o.ooo cazuri noi cu cardiopatie ischemică , ancheta pilot de prevalenţă în bolile cronice din 1974 găseşte o frecvenţă de 25 % la populaţia examinată de vîrstă adultă iar în 1978 au fost spitalizaţi 65.3oo bolnavi . In 1979 au avut diagnosticul de cardiopatie ischemică la deces 14.5oo persoane, cu o mortalitate de 1o5 %ooo, mai mare pentru sexul masculin şi în creştere la ambele sexe faţă de perioadele anterioare (tabel 42). Mortalitatea prin cardiopatie ischemică este prezentă în ţara noastră , începînd de la 2o ani , dar nivelele mari încep de la 45 ani iar cele foarte mari de la 65 ani (tabel 43) .

In totalul mortalităţii prin boli cardio - vasculare cardiopatia ischemică reprezintă aproximativ 1/5 , în creştere împreună cu boala hipertensivă faţă de perioadele anterioare (tabel 42) .

Dacă factorii ce condiţionează această boală se menţin şi în viitor este de aşteptat o creştere a nivelelor morbidităţii şi mortalităţii prin cardiopatia ischemică .

---

x) Z. Pisa - Echec à l'infarctus - Chronique OMS, Genève - 31/977 pag. 29 .

Tabel 43 - Mortalitatea pe grupe de vîrstă prin cardiop. isch. în RSR - 1979 (decese la 100 000 loc.)

Grupa de vîrsta	Cardiop. ischemice
20 - 24	0,3
25 - 29	0,8
30 - 34	1,0
35 - 39	3,6
40 - 44	9,2
45 - 49	18,5
50 - 54	34,1
55 - 59	54,7
60 - 64	124,3
65 - 69	210,5
70 - 74	392,1
75 - 79	717,3
80 - 84	1365,5
85 +	2342,0

Hipertensiunea arterială (HTA) este tulburarea circulatorie cronică cea mai răspîndite în populaţie. Începînd de la tineri frecvenţa ei creşte cu vîrsta şi are nivele mai mari la sexul feminin.

După experţii OMS (1978)[x] limitele normotensive (pînă la vîrsta de 60 ani) sînt 95 mm Hg pentru presiunea diastolică şi 160 mm Hg pentru presiunea sistolică , considerînd ca potenţiali hipertensivi persoanele cu presiunea 90 - 95 şi respectiv 140 - 160 mm Hg (fig. 39) . Intrucît limitele de normalitate şi ale prehipertensiunii nu sînt stabilite pe zone socio - economice după grupe de vîrstă, sexe şi alte caracteristici personale, frecvenţa HTA şi a prehipertensivilor în populaţii nu se cunoaşte cu exactitate . Din lipsa anchetelor HTA în colectivităţi rezultă o importantă ponderare la prehipertensivi şi de hipertensivi, necunoscuţi, netrataţi sau insuficient urmăriţi şi rezolvaţi (fig. 40) . Ca urmare , în toate teritoriile , HTA constituie şi în viitor o importantă problemă de sănătate a populaţiei adulte şi vîrstnice .

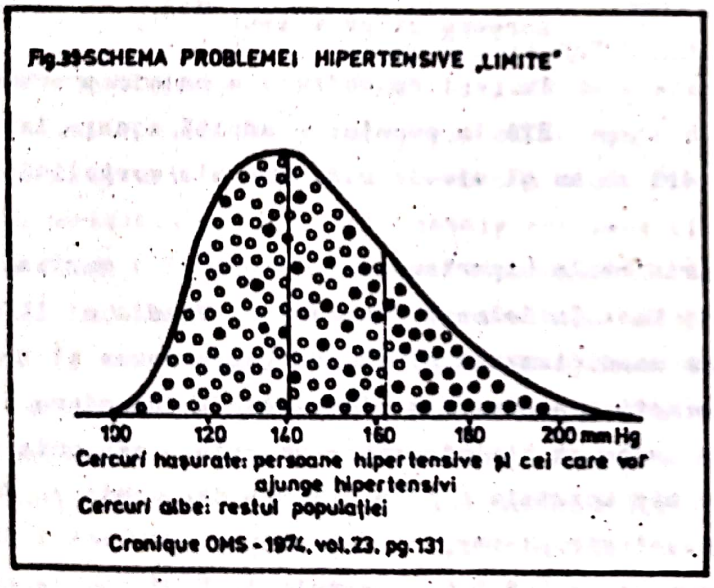


Fig. 39 - SCHEMA PROBLEMEI HIPERTENSIVE „LIMITE"
Cercuri haşurate: persoane hipertensive şi cei care vor ajunge hipertensivi
Cercuri albe: restul populaţiei
Cronique OMS - 1974, vol. 23, pg. 131

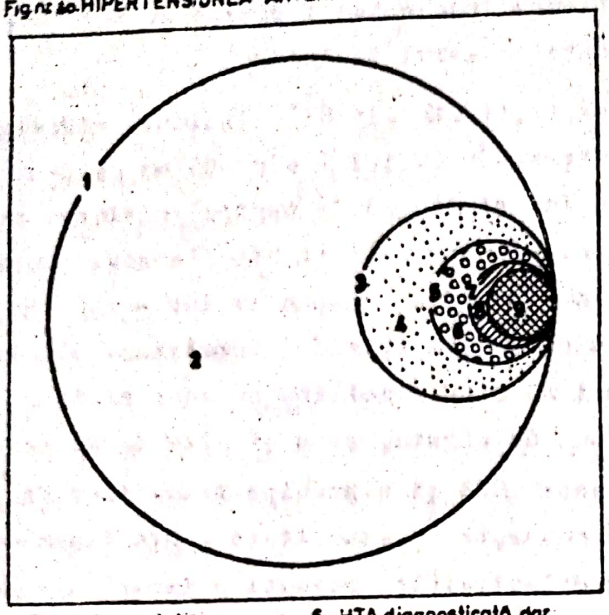
După acelaş raport al Comitetului de experţi OMS, prevalenţa HTA, (presiunea sistolică peste 160 mm Hg şi/ sau 95 mm Hg pentru presiunea diastolică) afectează cel puţin 8 % din populaţia adultă din majoritatea ţărilor, cu variaţii teritoriale între 8 şi 18 % . In cadrul acestei prevalenţe, frecvenţa HTA secundare în colectivităţi este între 1 şi 5 % în întreaga populaţie hipertensivă . Toate anchetele , inclusiv cele din Africa , America latină, India şi Oceania arată o creştere a tensiunii arteriale odată cu vîrsta, la ambele sexe şi mai ales la sexul feminin după vîrsta de 50 ani. Creşterea presiunii sistolice pare să existe pe toată durata vieţii, în timp ce presiunea diastolică are

x) L'hypertension arteriele - Serie de Rapports technique nr. 628 - OMS - Geneve, 1978, pag. 9 şi 49 .

tendinţa de a rămîne staţionară de la 55 - 60 ani. Studiile populaţionale în SUA[x] pe 116.000 persoane peste 16 ani, la o prevalenţă a HTA de 15,7% (femei 18,5% şi bărbaţi 12,5%), arată o creştere importantă a frecvenţei hipertensivilor odată cu vîrsta şi cu proporţii mai mari pentru populaţia de culoare. In colectivităţi mici, izolate sau primitive, ce trăiesc la altitudine cu activitate fizică importantă şi consum de sare redus (Peru , Chili , Islanda, unele regiuni din Africa şi Asia) - creşterea presiunii sistolice sau diastolice odată cu vîrsta aproape că nu există [xx] .

	minim	maxim
17 - 24 ani	2,8	6,8%
25 - 44	7,1	19,8
45 - 64	17,6	41,9
65 +	25,4	50,5

Fig. nr. 60 HIPERTENSIUNEA ARTERIALA IN COLECTIVITATI



1 - Totalul populaţiei
2 - Persoane normotensive
3 - Persoane hipertensive
4 HTA nediagnosticată
5 - HTA diagnosticată
6 - HTA diagnosticată dar netratata
7 - HTA diagnosticată şi tratată
8 - HTA insuficient tratată
9 - HTA relativ corect tratată

Cronique OMS. 1974, vol.28, pg.130

In ţări dezveltate economic prevalenţa HTA în populaţia adultă ajunge la 30 % în Suedia, 33 % în Japonia etc. ţări ce au şi nivele ridicate ale mortalităţii prin această boală .

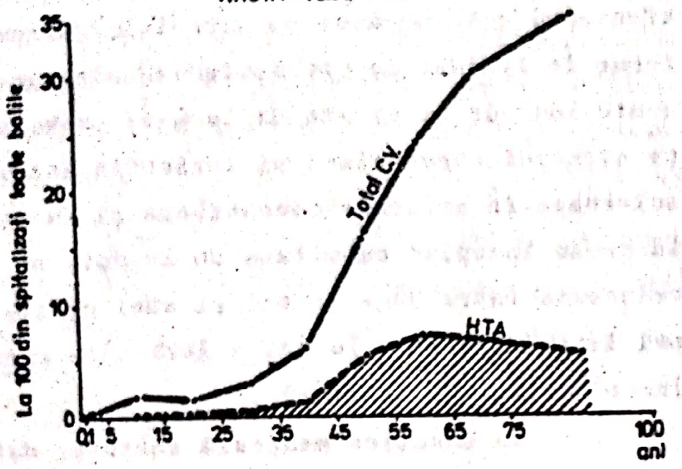
Nivelele mortalităţii prin boala hipertensivă (tabel 41) variază pe ţări în limite foarte mari (3 - 5 ‰ în Islanda, Danemarca, Suedia şi 113‰ în RDG) în raport de factorii ce condiţionează boala, de cunoaşterea şi tratarea bolii cît şi în raport de practica medicală teritorială de înscriere a diagnosticului în certificatul de deces cu hipertensiune arterială sau prin complicaţiile organice mai frecvente ale acesteia (cardiace sau cerebrale). Ca urmare , în cadrul bolilor aparatului circulator, ea constituie frecvent a treia cauză de deces şi mai rar a doua cauză (R.D.G., Japonia). Ponderea deceselor o constituie persoanele peste 55 ani şi cu foarte rari excepţii nivelele mortalităţii sînt mai mari la sexul feminin .

In România se înregistrează anual 92.000 cazuri noi cu o incidenţă de 586 ‰ (1978) iar în evidenţa serviciilor medicale de bază sînt peste 2oo.ooo hipertensivi. După ancheta pilot efectuată de Inst.Igienă şi Sănătate Publică Bucureşti prevalenţa HTA la populaţia adultă ar fi de 18,8 %, pe baza

x) A.Moss, G.Scott - Hypertension - SUA , 1975, US Departament of Heath Education and Welfare in Advancedate nr. 2 - 976 .
xx) OMS - Séries de Rapp.techniques 628.

căreia se poate estima că există în ţara noastră 3,5 milioane hipertensivi, din care marea majoritate sînt necunoscuţi serviciilor medicale sau îşi ignorează boala. Anual, cu acest diagnostic, sînt spitalizaţi 79.8oo bolnavi cu o pondere importantă în tabloul spitalizărilor mai ales pentru vîrstele 45 - 8o ani (fig. 41). La populaţia ocupată , HTA dă o pondere de 2,5 în volumul absenteismului datorită bolilor şi participă - obişnuit, ca boală asociată - în stabilirea invalidităţii prin boli aparat circulator sau prin alte boli. In 1979 au decedat cu acest diagnostic 14.ooo persoane , ceea ce înseamnă o mortalitate specifică de 64,3 ‰oo, în creştere faţă de perioadele anterioare şi cu nivele mai mari la sexul feminin (tabel 42) .

Fig.nr.41-SPITALIZATI CU BOLI CARDIOVASCULARE SI CU HTA DIN 100 SPITALIZATI DE TOATE BOLILE PE GRUPE DE VIRSTA -RSR-1978



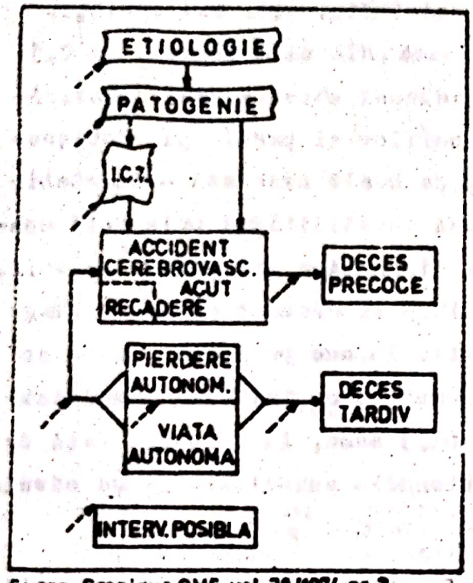
Leziunile vasculare ale sistemului nervos central (accidente vasculare cerebrale). Acest grup cuprinde decesele legate de bolile vaculare ale creierului : hemoragiile cerebrale şi un număr de stări neclar definite (ictus, apoplexie, arterioscleroză cerebrală etc). Ele sînt o complicaţie majoră a HTA în majoritatea ţărilor occidentale europene şi sînt chiar mai importante în Asia (China, Coreea, Japonia) . Hemoragiile creerului şi ale trunchiului cerebral ţin mai mult de HTA decît de tromboză cerebrală.

Nivelul morbidităţii în colectivitate nu se cunoaşte , puţinele cercetări populaţionale făcute în unele ţări au adus date incomplete şi nesigure. Din aceste motive analiza nivelului, distribuţiei şi evoluţiei accidentelor vasculare cerebrale are la bază studiul mortalităţii .

In Europa, nivelele mortalităţii variază în limite f. mari (tabel 41); între 6o - 9o ‰oo (Polonia, Islanda, Olanda, RDG) şi 19o-23o ‰oo (Cehoslovacia, Anglia, Bulgaria) , schimbînd locul 1 sau 2 cu cardiopatia ischemică în tabloul mortalităţii aparatului circulator . Nivelele cresc cu vîrsta după 45 ani, iar cînd există diferenţe între sexe nivelele sînt mai mari pentru sexul feminin. In România, nivelul mortalităţii (136 ‰oo în 1979) reprezintă 1/4 din decesele aparatului circulator şi este mai mare pentru sexul feminin (tabel 42) ocupînd o poziţie intermediară în Europa . Intrucît puseele de ischemie cerebrală tranzitorie sînt episoade de deficit neurologic focal reversibil şi pot reprezenta una din manifestările mai precoce a unei boli vasculo - cerebrale este necesară cunoaşterea - în cadrul istoriei ei naturale (fig. 42) şi tratarea lor fără întîrziere în scopul prevenirii accidentului vascular şi a multiplelor şi grave-

lor sale consecinte .

Fig.42-ISTORIA NATURALA A ACCIDENTELOR CEREBRO-VASCULARE



Sursa: Cronique OMS, vol. 28/1974, nr. 3
I.C.T. = ischemie cerebrală tranzitorie

Ateroscleroza

Un studiu al OMS[x] pe un lot de 17.287 persoane a arătat : indivizii cu ateroscleroză nu se simt bolnavi (sau nu mor) decît dacă obstrucţia sau ruptura unei artere afectează grav organul pe care-l irigă;unele forme de leziuni de ateroscleroză sînt prezente încă de la vîrsta de 1o ani; prevalenţa stenozei coronariene şi leziunile aterosclerosse în arterele coronariene şi în aortă cresc începînd cu vîrsta de 2o ani, se accelerează între 3o - 5o ani şi apoi creşte mai lent între 5o - 7o ani ; leziunile grave încep mai tîrziu la femei .

In practica medicală curentă, datorită dificultăţilor de diagnostic, este greu să se separe clasarea cazurilor de cardiopatia ischemică, de accidente vasculare cerebrale , de HTA - ceea ce duce la erori în plus sau în minus şi - în parte - la variaţiile nivelelor de mortalitate între ţări prin aceste boli .

In prezent se desfăşoară numeroase studii pentru identificarea factorilor de risc şi pentru găsirea de mijloace eficiente terapeutice şi profilactice .

Reumatismul articular acut

In această boală poîndsrea cardiacă are o frecvenţă de 65-8o %, iar la aceşti bolnavi : prezenţa valvulopatiilor mitrale reprezintă 5o - 6o %, a leziunilor aortice 7,5 %, dubla leziune mitroaortică - 6,5 % şi miocardita se întîlneşte la 3o % din cardiopatiile reumatismale .

Primele îmbolnăviri de RAA sînt obişnuit la vîrsta şcolară şi diminuă după pubertate, dar alterările reumatismale cardiace continuă să se manifeste în adolescenţă şi la începutul vîrstei adulte. Incidenţa RAA la şcolari variază între 5 şi 6o %o, cu nivele mici şi în scădere în ţările dezvoltate şi nivele ridi-

x) A.R.Kogan - Mise au point sur l'altherasclerose-Chronique OMS , 31/1977 pag.175 (Studiu OMS asupra aterosclerozei aortei şi arterelor coronare realizat în 5 oraşe cu sprijinul Acad. St. Med. URSS, Acad. de St. a R.S. Cehoslovace, a Consiliului Suedez a Cercet.Med. şi Asoc. Nat.suedeze contra bolilor de inimă şi a toracelui).

cate în ţările în curs de dezvoltare, unde trece pe plan secundar datorită altor priorităţi. In România incidenţa anginelor streptococice era de 1o - 3o p.1oo şcolari iar a RAA de 87 ‰oo (197o), ambele în scădere continuă. Marea majoritate a deceselor prin cardiopatii între 5 şi 15 ani se datoresc RAA , iar pe măsură ce se înaintează în vîrstă decesele - consecinţă a alterărilor cauzate de RAA - se ascund sub denumiri diferite şi leziunile valvulare prin RAA se combină cu alterări de atero sau/şi arterioscleroză. In Europa , mortalitatea prin RAA şi cardiopatii reumatismale cr. (1977) variază între 3,4 (Belgia) şi 15 ‰oo. (Iugoslavia) , România înregistrînd o mortalitate încă ridicată (12 ‰oo). Unele din ţările occidentale au început să nu mai aibă decese prin RAA .

Studiile OMS subliniază necesitatea profilaxiei şi a tratamentului corect a tuturor anginelor streptococice - dificil de cuprins în depistare şi costisitoare, ca număr de persoane şi ca durată - în scopul evitării îmbolnăvirilor şi recidivelor prin RAA şi de reducere a contribuţiei RAA la mortalitatea aparatului circulator .

Cardiopatiile congenitale , clasate separat (la anomaliile congenitale) reprezintă 1/2 din totalul anomaliilor la naştere şi cu o tendinţă de creştere a frecvenţei lor. Aproximativ 7 - 8 copii p.1ooo născuţi vii în ţara noastră sînt cardiopaţi congenital. Mortalitatea lor în Europa (1977) variază între 1,8 (Austria) şi 5,1 p.1oo.ooo născuţi vii (Polonia), România înregistrînd un nivel de 4,1 , obişnuit cu frecvenţe mai mari la sexul masculin. Din decesele prin cardiopatii congenitale în primul an de viaţă se produc între 47 şi 84 % .

Probleme cardio vasculare ale vîrstnicilor

Inima şi vasele îmbătrînesc şi acumulează alterări din vîrstele anterioare, iar ponderea vîrstnicilor creşte în structura demografică în toate teritoriile . Tabloul bolnavului şi bolii în colectivităţi este altul decît cel al vîrstelor tinere şi adulte .

Bolile cardio-vasculare - simple şi frecvent concomitente cu boli pulmonare, renale, endocrine et.- reprezintă principala problemă de îngrijire a sănătăţii la vîrstnici .

Ele au o mortalitate şi letalitate ridicată (6o - 8o % din decesele vîrstnicilor) - fig. 37,38 şi tabel 4o,43 - , produc infirmităţi fizice şi psihice şi dau un mare consum medical (consultaţii, spitalizări) şi de medicamente cît şi dificile probleme de îngrijire în familie sau în unităţi medicale de bolnavi cronici .

Prevenirea îmbolnăvirilor la vîrstele tinere şi a recăderilor la cei bolnavi necesită a fi asociată acţiunilor de adaptare a serviciilor medicale (ambulatorii şi spitaliceşti) .

3.5.1.3. - Aspecte de epidemiologie analitică

Dată fiind importanţa bolilor cardio - vasculare pentru sănătate şi implicaţiile lor multiple, în aceste boli au fost întreprinse cele mai vaste anchete medicale în populaţii - mai ales în Australia, S.U.A. Japonia, Europa şi mai puţine în alte teritorii de pe glob - în scopul cunoaşterii cauzelor şi pentru instituirea unei profilaxii eficace .

Studiile de pînă acum au identificat peste 4o factori de risc, care participă în apariţia şi întreţinerea bolilor cardio vasculare în populaţii.Dintre cei mai importanţi sînt acceptaţi următorii : alimentaţia neraţională (supraalimentaţia), obezitatea, sedentarismul, hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, stressurile psihoemoţionale, deprinderi dăunătoare (fumatul, cafeaua, alcoolul) şi dezechilibrul între oligoelemente. Cei mai mulţi dintre factori aparţin mediului şi modului de viaţă ori sînt prodroame ale bolilor cardiovasculare. Aceşti factori de risc, însuşiţi sau acceptaţi de la vîrstele tinere îşi potenţează acţiunea prin asociere şi pe măsura înaintării în vîrstă. Din acest punct de vedere studiul de la Framingham este ilustrativ : odată cu înaintarea în vîrstă proporţia persoanelor fără factori de risc scade iar a celor cu mai mulţi factori de risc creşte (tabel 44) .

Tabel 44 - Prezenţa factorilor de risc pe grupe de vîrsta în bolile cardiovasculare. Anchetă pe 7958 persoane în vîrsta 25 - 54 ani *)

Specificare	grupa de vîrsta						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Persoane examinate	360	1347	1531	1008	1247	1504	962
Fără factori de risc %	53,8	42,4	34,9	29,0	21,3	17,4	14,8
Cu 1 factor de risc %	36,4	38,6	39,7	40,0	37,0	33,0	34,6
Cu 2 factori de risc %	8,1	14,9	18,6	20,0	27,0	27,8	31,8
Cu 3 factori de risc %	1,7	4,1	6,8	10,4	14,6	20,4	18,8

*) Studiul de la Framingham

a) <u>Alimentaţia neraţională</u> (supraalimentaţia) este confirmată din ce în ce mai multe studii şi se referă la un mai mare consum de grăsimi (peste 1/3 din caloriile zilnice) cu 4o - 5o % acizi graşi saturaţi - provenită din carnea de " abator " - şi de hidrocarbonate rafinate cît şi la un spor nejustificat de 1ooo - 15oo calorii pe zi faţă de 2 - 3 generaţii anterioare . Si acestea în condiţiile de eforturi fizice mai reduse în viaţa zilnică şi în activitatea ocupaţională (prin introducerea mecanizării şi automatizării),asociate cu lipsa practicării în masă a sportului şi deci, un mai mare sedentarism .

Sînt din ce în ce mai multe ţări în care alimentaţia cu carne, lapte , unt a populaţiei se face în sistem industrial. Animalele (vitele, porcii) sînt crescute şi îngrăşate intensiv cu produse cerealiere. Carnea acestora conţine

cu 3o % mai multă grăsime decît a celor crescute neintesiv, iar grăsimea lor are 5o % acizi graşi saturaţi faţă de 1/3 cît are carnea animalelor din păşunile tradiţionale . Cu laptele şi untul din aceste teritorii este o situaţie similară. Consumul acestor produse, mai gustoase şi mai accesibile ca preţ, a devenit mai mult un obicei în populaţie decît o nevoie de alimentaţie. Sectorul agricol le produce industrial, realizînd productivitate şi rentabilitate dar nu şi o alimentaţie raţională (sănătoasă) a populaţiei .

Organismul uman, adaptat pînă acum la subalimentaţie, n-a avut încă timp să se adaptaze la o nouă situaţie : supraalimentaţia asociată la alte două obiceiuri : ocupaţii sedentare şi lipsa exerciţiilor fizice. Surplusul rezultat îl face rezerva sub formă de grăsime. Soluţia pentru sănătate e să renunţe la aceste riscuri şi să adopte factorii de protecţie : alimentaţie echilibrată , fără exces de acizi graşi saturaţi şi practicarea sportului .

b) Obezitatea

Consecinţă a supraalimentaţiei, sedentarismului şi nepracticării curente a sportului - asociate sau nu cu tulburări metabolice - omul zilelor noastre are (în medie) la 55 ani un plus de greutate de 2o % faţă de cît o avea la 2o ani, ceea ce dublează riscul pentru infarct miocardic .

Studiile în populaţii arată ca raţiile alimentare echilibrate cu calorii aproape de condiţii bazale chiar cu un efort fizic mai redus favorizează creşterea longevităţii vieţii .

c) Sedentarismul

Efortul fizic mai redus din activităţile curente şi din cele ocupaţionale, cît şi mersul mai puţin pe jos - însoţite de supraalimentaţie şi obezitate - favorizează obişnuinţa sedentarismului şi intră în relaţie cu incidenţa bolilor cardio - vasculare. In ţara noastră în ultimii 3o de ani deplasarea persoanelor cu trenul a crescut de 2,1 ori iar cu autobuzele a crescut de 4,4 ori, la care se adaugă şi creşterea deplasării cu autoturismele personale chiar pentru distanţe foarte scurte . Toate acestea au favorizat reducerea mersului pe jos .

	Călători Km/1 loc/ an		
	Toate mijloacele de transport în comun	din care CFR	Auto
195o	532	5oo	24
196o	669	583	77
197o	1337	879	388
1979	2214	1o31	1o54

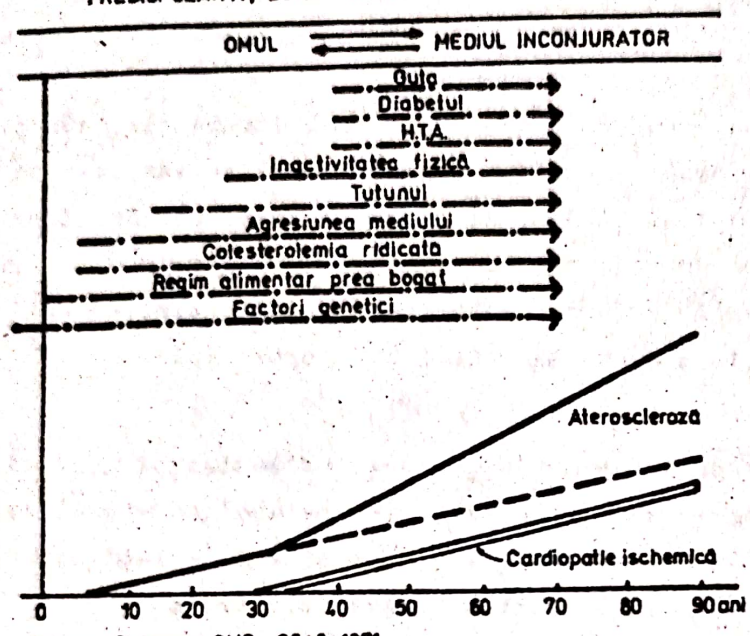
Sursa : An.Statistic.al RSR

d) Colesterolemia crescută .

Studiile în populaţii au arătat că hipercolesterolemia se întîlneşte frecvent în alimentaţie bogată în grăsimi cu acizi graşi saturaţi şi cu cea care conţine hidrocarbonate rafinate (ce nu sînt consumate prin eforturi fizice). Iar frecvenţa persoanelor cu nivele ridicate ale acestora se asociază obişnuit

cu frecvenţe ridicate ale bolilor cardio - vasculare . Fig. 43 redă relaţia directă între creşterea odată cu vîrsta a frecvenţei aterosclerozei şi a cardiopatiei ischemice şi prezenţa factorilor de risc menţionaţi.

Fig. 43-ATEROSCLEROZĂ SI CARDIOPATII ISCHEMICE: FACTORI PREDISPOZANTI, DUPA VIRSTA



Sursa: Cronique OMS - 25:8:1971

e) <u>Hipertensiunea arterială</u>

Condiţionată în apariţia şi întreţinerea eide numeroşi factori de risc, ea însăşi condiţionează alte boli cardio-vasculare (cardiopatia ischemică şi accidentele vasculare cerebrale). La persoanele cu nivele ridicate de hipertensiune se întîlneşte frecvent cardiopatie ischemică după cum în populaţiile cu nivele joase de tensiune arterială (Bolivia, Peru) cardiopatia ischemică este mai rar întîlnită . Iar la persoanele peste 4o - 5o ani hipertensiunea arterială se întîlneşte frecvent asociată cu obezitatea .

f) <u>Stressurile psihoemoţionale</u>, de diferite intensităţi şi durate ,sînt din ce în ce mai prezenta în viaţa de familie, în traiul din centrul populat şi în activitatea ocupaţională (stări de tensiune psiho-nervoasă în relaţiile cu alte persoane, insatisfacţii datorită situaţiilor din familie sau de la locul muncă ori decalajului inexplicat dintre ceea ce crede că ar putea fi şi ceea ce este, surmenajul datorită unui regim neechilibrat de viaţă, etc) . Toate acestea, în diferite asociaţii sînt acuzate de participare la apariţia hipertensiunii arteriale, cardiopatiei ischemice, accidentelor vasculare cerebrale .

g) <u>Deprinderile dăunţoare sănătăţii (</u> tutunul, cafeaua,alcoolul). Consumul lor arată o creştere în toată lumea, iar în teritoriile dezvoltate începe şi este mai exagerat de la vîrste mai tinere şi la ambele sexe. Fumatul de tigarete, recunoscut ca factor de risc şi în alte boli (cancer bronhopulmonar, maladie ulceroasă etc), prin nicotina inhalată , produce creşterea titrului de

catecolamine şi adezivitatea plachetelor sanghine. Riscul fumatului pentru cardiopatie ischemică este în relaţie directă cu numărul ţigărilor pe zi şi cu durata în ani a practicării lui . Renunţarea la fumat reduce în scurt timp spre zero riscul pentru cardiopatia ischemică .

Consumul de cafea creşte riscul coronarian, în principal prin descărcarea de catecolamine. La noi, această deprindere a pătruns şi în colectivităţile rurale .

Consumul de alcool în populaţie creşte mai ales pe seama produselor distilate . Prin consumul de oxigen la nivelul fibrei miocardice, alcoolul reprezintă factor de risc pentru cardiopatia ischemică .

g) Dezechilibrul oligoelementelor din apa de băut

După specialiştii OMS[x] , oligoelementele cu rol important în funcţiile biologice ale organismului , inclusiv ale aparatului circulator şi în bolile cardiovasculare sînt : în principal - cadmiul, cromul, cuprul, seleniul şi zincul , precum şi calciul şi magneziul, iar o importanţă secundară au : fluorul, iodul, litiul, manganul, molibdenul şi vanadiul. Carenţa unora sau dezechilibrul în concentraţia lor din apa de băut sau din alimente, şi în ultimă instanţă din solul din care provin, creiază un dezechilibru cronic în organism cu implicaţii în sănătatea aparatului circulator .

Calciul şi magneziul intervin în sistemele enzimatice ale miocardului şi în menţinerea echilibrului electroliţilor ; o perturbare în schimburile de electroliţi în miocard poate fi provocată de conţinutul mineralelor din apa de băut cu ruperea stabilităţii echilibrului acestor elemente în ţesuturile cardiace. La persoanele sănătoase, mineralele din alimente compensează variaţia concentraţiei lor din mediu, dar la persoanele cu hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică - cu un echilibru fragil şi în care reechilibrul alectroliţilor întîrzie, insuficienţa calciului şi magneziului din apă (ce favorizează reţinerea sodiului) reprezintă un pericol.

Din studiile clinice şi experimentale [x] rezultă că cromul, zincul , magneziul şi vanadiul au efecte binefăcătoare în metabolismul lipidelor şi în ateroscleroză, iar cuprul - catalizator în peroxidarea lipidelor - poate favoriza apariţia aterosclerozei . Cadmiul, cu acţiune dăunătoare pentru aparatul cardiovascular este extras foarte uşor de apa dulce din conductele de fer galvanizat în care e cuprins ; acelaş proces intervine şi pentru plumb (nociv pentru aparatul cardio - vascular) mai ales cînd apa de băut rămîne peste noapte în conductele de plumb . Apa de ploaie, spălînd sau traversînd rocile, absoarbe diverse minerale : dizolvă calciul din rocile calcaroase sau din materialele cu calcar , dizolvă calciul şi magneziul din dolomite, sodiul şi potasiul din silicaţii

x) Chronique OMS - 1972, 26 p.59 şi 1973 - 27 p. 28o .

dubli, iar ac. carbonic (ce formează cu apa o soluţie uşor acidă) ajută la dizolvarea mineralelor alcaline .

In menţinerea sau ruperea echilibrului oligoelementelor din organism, apa de băut, intervine prin numeroase roluri. Ea extrage oligoelementele din roci, sol, materiale de construcţii, din vase de bucătărie, din conducte şi alimente; reţine unele oligoelemente mai mult decît pe altele în raport dacă e dură sau dulce .

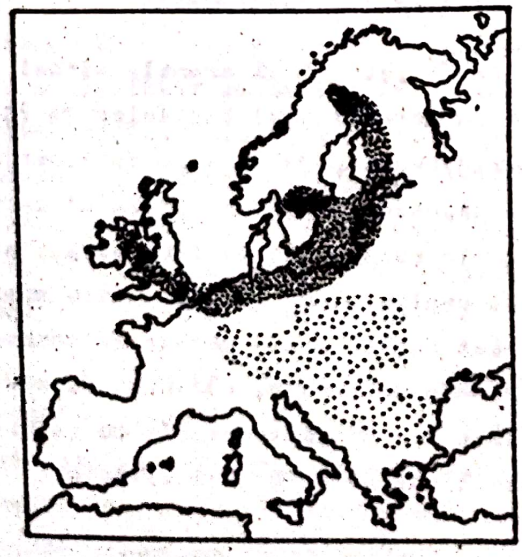
Studiile epidemiologice OMS confirmă existenţa unei relaţii inverse între concentraţia în oligoelemente a apei de băut (brută din rîuri sau tratată) şi nivelul mortalităţii prin boli cardio - vasculare şi anume : în teritoriile geochimice unde apa de băut este dulce (săracă în săruri de calciu şi magneziu) nivelul mortalităţii prin boli cardiovasculare (ateroscleroză, HTA, infarct de miocard, cardiopatii degenerative) este mare, iar în teritoriile unde apa de băut este dură (bogată în săruri de calciu, magneziu şi alte minerale) mortalitatea cardio - vasculară este mică. O pierdere în unele din oligoelementele esenţiale (cupru, zinc, crom ş.a.) există şi la produsele alimentare rafinate (zahăr, făină albă, orez decorticat etc) consumate în teritoriile cu nivele mari de mortalitate cardio - vasculară.

Conţinutul în săruri minerale (mai ales calciu, magneziu şi alte oligoelemente strict necesare proceselor biologice) din apa de băut se datoreşte : solului, însăşi variaţiei concentraţiei sărurilor minerale din apă, poluării aerului şi apei, tratării apei în scopuri industriale, folosirii produselor chimice în agricultură etc.

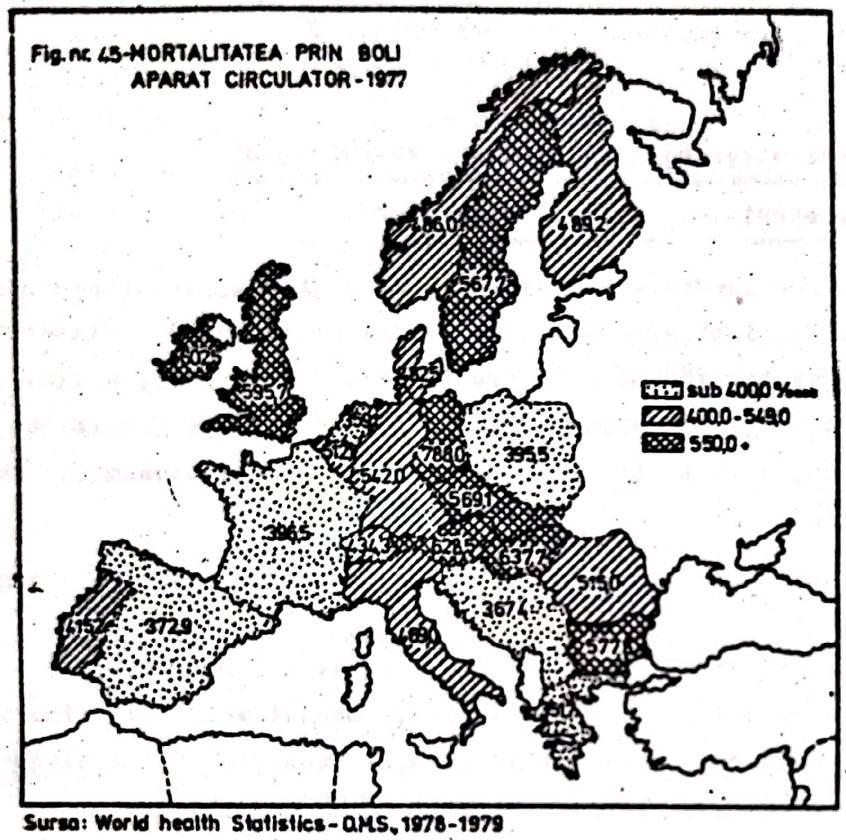
Aceleaşi studii ale OMS şi AIEA (Agenţia internaţională pentru Energie atomică) au arătat că apa dulce (săracă în săruri de calciu, magneziu şi alte oligoelemente) provine din rocile de origine vulcanică, precambriene - vechi de aproape 600 milioane ani - tări şi impermiabile, formate din minerale insolubile sau din silicaţi uşor solubili (conţinînd sodiu şi potasiu), din terenuri granitice şi argiloase (bogate în sodiu). Aceste terenuri precambriene, acoperite cu soluri puternic spălate de ploi se găsesc în cele mai multe din ţările din nordul Europei : Irlanda, Anglia, Belgia, Olanda, Danemarca, Finlanda, Suedia etc.(fig.44, zona cu haşurare intensă). In aceste teritorii sînt, în mod constant , şi nivelele cele mai ridicate de mortalitate prin boli cardio - vasculare (fig. 45) .

Totodată , se întîlnesc constant

Fig.44 - Zone periculoase pentru aparatul circulator



nivele de intensitate medie ale mortalităţii cardio - vasculare în alte teritorii ale Europei ce sînt aşezate pe depozite cuaternare (mai tinere ca rocile precambriene, dar vechi de aproape 1 milion de ani) ce se găsesc în nordul Italiei , Austria, Ungaria , estul Iugoslaviei, vestul şi sud vestul României (fig.44 cu haşurare mai puţin intensă şi fig.45). Ca urmare, ambele zone menţionate au fost etichetate ca "zone periculoase pentru aparatul circulator", cu risc crescut pentru bolile cardiovasculare . Relaţii similare au fost constatate şi teritoriile SUA (în est-cu soluri obişnuit mai sărace în oligoelemente mortalitatea cardio-vasculară e mai mare decît în vest ce au soluri bogate în oligoelemente).



Sursa: World health Statistics - O.M.S., 1978-1979

Apa dură (bogată în săruri de calciu, magneziu şi alte oligoelemente) provine din roci sedimentare, mai tinere, la care calciul şi magneziul formează principalii constituienţi . Aceste roci se găsesc în teritoriile mediteraniene, cu soluri calcare, roşii şi brune, neleşiatice şi unde precipitaţiile sînt sau puţine sau sezoniere din : Portugalia , Spania, sudul Franţei, Italia, Iugoslavia, Grecia. In aceste teritorii, nivelele mortalităţii cardio - vasculare sînt moderate sau mici (fig. 44 şi 45) .

In nevoile casnice şi industriale se preferă apa dulce (săracă în săruri de Ca şi Mg) pentrucă ea nu produce tartru în conducte, cazane, calorifere, vase de bucătărie şi pentru consumul redus de săpun. Ca urmare , în teritoriile unde apa de băut este dură (bogată în săruri de Ca şi Mg) ea se dedurizează artificial, fie eliminîndu-i ionii ce o fac dură fie înlocuindu-i pe aceştia cu

ioni de sodiu, creînd astfel implicaţii în timp pentru sănătatea populaţiei.

In studiile epidemiologice privind relaţia apă dulce - mortalitate cardiovasculară, trebuie să se ţină seama că apa de băut pentru marile centre populate se captează din teritorii situate la mari distanţe, iar produsele alimentare (vegetale şi animale) pot fi şi ele aduse deci din alte teritorii, după cum în solurile din deşerturi deperdiţia de oligoelemente din apă este mai mică decît în solurile cu ploi abundente sau permanente .

3.5.1.4. Prevenirea bolilor cardio - vasculare şi asistenţa medicală a bolnavilor

Prevenirea bolilor cardio - vasculare în populaţie şi asistenţa medicală a bolnavilor cuprind acţiuni şi activităţi generale şi medicale elaborate şi înscrise într-un program teritorial . El are la bază măsuri profilactice şi activităţi medicale care să asigure reducerea factorilor cauzali şi gravitatea bolii şi este conceput să angajeze toate sectoarele vieţii social-economice, toate tipurile de unităţi medicale şi întreaga populaţie .

Prevenirea şi asistenţa medicală în bolile cardiovasculare este organizată în ţara noastră prin :

- Prevederile legii 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei ;
- Prevederile decretului 246/1978 (inclusiv modificările ulterioare) privind reglementarea acordării asistenţei medicale şi a medicamentelor publ.B.Of.24/958 şi bul.M.S.1o-11 din 958 ş.a.;
- Normele generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare aprob.prin ord. MS 56/1974 ;
- Direcţiile de orientare şi planul de măsuri privind profilaxia şi asistenţa medicală a bolilor cardio - vasculare aprob. prin ord.MS 413 publ.în bul.MS 3 şi 1o/1971, cu modificările prin instrucţiunile aprob.prin ord. MS 35o publ.în bul.MS 7/1973 ;
- Indreptar metodologic şi tehnic : " Criterii de diagnostic şi tratament în principalele boli cardiovasculare " Ed.M.S.,1975 ;
- Programul privind liniile de orientare şi principalele obiective ale ocrotirii sănătăţii pe perioada 1981 - 1985 - publ. în bul. MS 1/1981 .

Pe plan mondial, OMS a elaborat un nou program pe termen lung începînd cu 1978 - pentru sediul de la Geneva şi pentru birourile regionale - care vizează, în principal, integrarea măsurilor de prevenire şi combatere a bolilor cardio - vasculare în serviciul medical de bază pentru rezolvarea în priorităţi teritoriale : HTA, ischemia cardiacă şi cerebrală, RAA, cardiomiopatiile , cor-

Scanned with OKEN Scanner

dul pulmonar cronic, bolile vasculare periferice şi anomaliile congenitale cardio-vasculare .

Principalele elemente ale unui program de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare pentru o colectivitate teritorială sau ocupaţională

(elaborarea, aplicarea şi evaluarea programului)

Acest program face parte integrantă din programul general de sănătate (pe termen lung şi scurt) al colectivităţii teritoriale sau ocupaţionale. Intreaga acţiune cuprinde : elaborarea, aplicarea şi evaluarea măsurilor (inclusiv corectarea necesară a programului) .

A. - Elaborarea programului cuprinde :

a) Cunoaşterea următoarelor aspecte :

- situaţia social - economică a colectivităţii ;
- morbiditatea şi mortalitatea pe boli (nivele şi tendinţe);
- morbiditatea şi mortalitatea cardiovasculară (pe boli, grupe de vîrste, sexe, ocupaţii , subteritorii)în ultimii ani;
- identificarea în populaţie a persoanelor sau grupurilor expuse la risc crescut cardiovascular(sexe, vîrste, ocupaţii, etc) şi a persoanelor ce fac sau pot face mai uşor boala (persoane cu alte boli, gravide etc) ;
- riscurile de îmbolnăvire cardiovasculară şi nivelul lor în populaţie ;
- nivelul cunoştinţelor populaţiei despre situaţia (gravitatea) bolilor c.v. şi despre evitarea factorilor de risc existenţi în mediul şi modul de viaţă ;
- posibilităţile financiare, de servicii şi cadre medicale în vederea aplicării unui program (mai restrîns sau mai larg) de prevenire şi combatere a acestor boli .

b) Stabilirea principalelor obiective profilactice şi de asistenţă medicală în bolile cardio - vasculare

- limitarea acţiunii factorilor de risc (în special în grupurile de populaţie cu risc crescut) în mediul de viaţă şi de muncă ;
- promovarea şi dezvoltarea factorilor de prptecţie: alimentaţie raţională şi echilibrată, în familie şi colectivitate, practicarea sportului, deprinderi sănătoase de viaţă şi de muncă, obişnuirea cu reactivitate scăzută faţă de evenimentele stressante (din familie, din profesie şi din viaţa zilnică), evitarea riscurilor de îmbolnăvire (mai ales de persoanele expuse riscurilor de îmbolnăvire sau agravare), convingerea persoanelor să nu-şi însuşească sau să renunţe la obiceiuri dăunătoare sănătăţii cardio vasculare etc. Educaţia pentru sănătate globală şi cardiovasculară vizează factorii de risc şi de pro-

tecţie adresîndu-se colectivităţilor de tineri (în special), grupurilor de persoane expuse riscurilor, familiei şi individului (sănătos şi bolnav) pentru obţinerea cooperării acestora ;

- depistarea activă , tratamentul complet şi corect (rezolvarea primară optimală) şi dispensarizarea : diabetului, obezităţii, tulburărilor de metabolism lipidic, bronsită cronică , astmului bronşic, emfizemului pulmomar , HTA, cardiopatiei ischemice, cardiopatiei reumatismale, cordului pulmonar. Depistarea activă să se realizeze cu ocazia exameneler medicale : la intrare într-o colectivitate, pentru căsătorie, la începutul sarcinei, la examenele medicale periodice etc.

- dispensarizarea diferenţiată a persoanelor cu risc cardio-vascular şi a bolnavilor ;

- asigurarea asistenţei medicale şi cu medicamente, ambulatorii şi spitaliceşti, pentru formele acute şi cronice ale bolilor cardio vasculare, în cadrul sistemului teritorial de unităţi sanitare (cu stabilirea sarcinilor a competentelor pentru fiecare şi a legăturilor funcţionale între unităţi). Acestea trebuie să realizeze integrarea verticală a acţiunilor de prevenire şi asistenţă medicală cardiovasculară în întreg sistemul de unităţi medicale din teritoriu (spital, policlinică, dispensare teritoriale şi de colectivităţi) ;

- recuperarea bolnavilor cardiovasculari necesită: stabilirea fazelor de boală şi a bolnavilor ce pot beneficia, formarea echipelor, educaţia bolnavilor pentru a coopera, organizarea de servicii medicale adecvate (ambulatorii, spitaliceşti) .

Dintre bolile cardiovasculare, HTA - prin posibilităţile de măsurare a evoluţiei TA - oferă cele mai multe posibilităţi de reducere ca boală în populaţie .

Se elaborează un program de lung termen care se supune spre dezbatere în consiliul popular (în organismul de conducere al întreprinderii), se stabilesc sarcini concrete şi cu termen pentru fiecare compartiment al vieţii social-economice (întreprinderi, instituţii, şcoli, cămin cultural, C.A.P., ferme, organizaţii de masă, servicii medicale) .

Măsurile ce privesc serviciile medicale şi de sănătate din teritoriu trebuiesc analizate şi prezentate în 2 - 3 variante, în raport de posibilităţile financiare , de cadre şi de instituţii; se adoptă varianta optimală (tehnic şi economic) atît pentru programul de scurt termen cît şi pentru cel de lung termen. Optimizarea programului c.v. vizează obţinerea de rezultate cantitative şi calitative în timp scurt şi cu cheltuieli puţine .

B.- Aplicarea programului de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare :

- se face imediat după aprobarea lui ;
- pe parcurs, posibile şi utile ameliorări ale programului (pe baza

evaluării periodice a acţiunilor stabilite) ;

- serviciul medical teritorial coordonează desfăşurarea aplicării programului ;

C.- Evaluarea continuă a programului :

(Evaluare = compararea rezultatelor cu obiectivele stabilite)

Necesită înregistrarea sistematică şi completă :

- a îndeplinirii măsurilor ce revin celorlalte compartimente ;
- morbidităţii (incidenţă, prevalenţă, incapacitate de muncă) şi mortalitatea prin cardiovascular ;
- realizarea de registre după sistem O.M.S.: pentru hipertensiunea arterială - inclusiv pentru hipertensivii potenţiali, pentru persoane cu risc de a face cardiopatie ischemică sau accidente vasculare cerebrale, sau pentru : supraponderali, sedentari, cu nivel ridicat de colesterol seric, cu stressuri psihoemoţionale frecvente sau de lungă durată, etc; registrul pentru o boală aduce informaţii utile cînd se întocmeşte pentru o populaţie teritorială (comună, oraş) sau pentru o colectivitate ocupaţională (întreprindere, şantier, instituţie) ;
- activităţilor şi cheltuielilor serviciilor medicale (depistări, consultaţii, tratamente, spitalizări , etc) pentru bolile cardiovasculare ;
- factorilor cu risc cardiovasculari (distribuţie, intensitate) ;
- rezultatelor educaţiei sanitare în populaţie (cunoştinţe şi deprinderi) privind evitarea riscurilor şi însuşirea factorilor de protecţie .

Cercetările prospective pe eşantioane teritoriale sau în grupuri ocupaţionale sînt indispensabile activităţii operaţionale ale programului ;

Informarea periodică a Consiliului popular (conducerii întreprinderii) cu rezultatele de etapă (inclusiv a cheltuielilor făcute) şi cu eventualele ameliorări necesare de adus programului (inclusiv cheltuielile financiare ce le implică).

Programul de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare (a sănătăţii c.v.) trebuie să participe la îmbunătăţirea stării de sănătate a colectivităţii .

Rezultatele scontate apar mai tîrziu (după ani de zile); spre deosebire de bolile transmisibile unde rezultatele (scăderea bruscă a numărului de cazuri) apar după un timp scurt de la aplicarea măsurilor profilactice .

x

x x

Bolile cardiovasculare se caracterizează-în general - printr-o etiologie complexă, debut insidios şi o evoluţie progresivă ireversibilă. Factori multipli acţionează în provocarea bolii şi în declanşarea prematură sau tardivă a

decesului. Cercetările epidemiologice îi identifică relativ uşor cînd aceştia sînt de natură infecţioasă (de ex : SH - declanşator al carditei reumatisma - le), dar îi identifică şi le apreciază greu agresivitatea cînd fac parte din mediul de viaţă şi de muncă (aşa cum este cazul pentru majoritatea bolilor cardiovasculare). Numai o viziune ecologică şi o judecată epidemiologică adecvată fiecăruia dau să se înţeleagă că în cunoaşterea cauzalităţii şi în rezolvarea lor sînt necesare strategii mult mai subtile, care în parte - nu sînt concepute sau nu sînt verificate în practică. Abordarea sub raport operaţional a bolilor cardiovasculare în colectivităţile teritoriale şi ocupaţionale este mult mai complicată decît pentru bolile transmisibile (de ex: variolă , poliomielită, tifos exantematic , etc). Reducerea incidenţei şi a gravităţii lor implică concepte specifice acestora şi comportamente noi din partea servicii - lor medicale şi a populaţiei. Aplicarea profilaxiei primare (identificarea şi neutralizarea factorilor cauzali) reduce continuu nivelul bolii în populaţie. In caz de intervenţie tardivă, profilaxia secundară reduce gravitatea lor cu condiţia depistării şi rezolvării precoce (medico social) a bolnavilor .

Scanned with OKEN Scanner

3.5.2. C A N C E R U L

3.5.2.1. - Aspecte generale şi importanţa bolii

Prin "cancer" se desemnează o mare varietate de localizări, de tipuri histologice şi forme de evoluţie ale tumorilor maligne .

Cu toată incertitudinea în diagnosticul bolii, în încadrarea corectă a localizării şi în înregistrarea tuturor cazurilor din teritoriu se acceptă că frecvenţa bolii canceroase în populaţie a crescut în ultimul secol. Se apreciază că sînt pe glob cca 16 milioane de bolnavi cu neoplazii maligne sau o prevalenţă de o,4 bolnavi p.loc loc. şi că din 5o milioane decese anuale mai mult de 5 milioane se atribuie cancerului (1975)[x], iar spre sfîrşitul acestui secol numărul acestora este estimat a ajunge la 8 milioane pe an datorită modificării structurii demografice, a mediului şi modului de viaţă. In Europa şi America de Nord, în condiţiile actualului tablou al mortalităţii, cancerul ocupă locul II sau III. In unele teritorii în curs de dezvoltare, unde tabloul morbidităţii s-a modificat relativ repede - numai în decursul unei generaţii - trecînd de la predominenţa bolilor infecto - parazitare şi de nutriţie la predominenţa bolilor netransmisibile, boala canceroasă începe să ocupe ponderi importante în tabloul mortalităţii, vîrsta medie a cancerosilor fiind mai tînără (36 ani la africani, 46 ani la asiatici şi 56 la europeni), iar 4o % din cancerosi au vîrsta între lo şi 4o ani (31 % la asiatici şi 12 % la europeni)[xx] .

Boala, ca fenomen biologic nu se rezolvă spontan, are debut insidios şi evoluţie lentă, invalidantă - fizic şi psihic . Ea afectează persoana, familia şi grupul din care face parte bolnavul, dînd un sentiment de teroare şi - uneori - de resemnare, începînd de la suspiciunea bolii sau cu tergiversarea precizării diagnosticului . Prin îngrijirile medicale de specialitate ce le necesită, boala implică cheltuieli din bugetul familiei şi al colectivităţii, iar prin absenteismul din producţia socială şi prin invaliditate ea provocă pierderi economice şi cheltuieli din bugetul asigurărilor sociale. Terapeutica actuală, puţin eficace, realizează o prelungire a supravieţuirii bolnavilor în condiţiile aplicării ei în stadiile de început ale bolii .

Pierderile de vieţi omeneşti datorită cancerului micşorează cu aproximativ 2 ani durata medie a vieţii populaţiei .

Pentru aceste aspecte , boala canceroasă reprezintă - în prezent şi în viitor - una din marile probleme de sănătate pe glob, pentru care eforturile go -

---

x) Chronique OMS -vol.33/1979,pag.265
xx) OMS - Serie de Rapp.tech.644/98o,pag.9

nerale - ştiinţifice şi materiale - n-au putut încă înscrie boala pe drumul rezolvării ei în populaţie .

3.5.2.2. - Aspecte de epidemiologie descriptivă

Ca o caracteristică generală, boala canceroasă se întîlneşte în toate teriteriile de pe glob, indiferent de mediul de reşedinţă, la toate vîrstele, la ambele sexe şi la toate ocupaţiile . In raport de aceste caracteristici, frecvenţa pe localizări şi tipuri histologice este variabilă, cu nivele mai mari în teriteriile dezvoltate economic. Diferenţele de frecvenţă ale cancerului în populaţie sînt mai marcate în regiunile în curs de dezvoltare pentru că mediul şi modul de viaţă este mai neuniform şi nu au suportat încă schimbări rapide ca în teriteriile dezvoltate. Incidenţa pe glob (cca 125 ‰oo) ca nivel în populaţie-necunoscută datorită diferenţelor de diagnostic şi de înregistrare - apropape particulară unei zone ca tablou pe localizări, esteîn creştere şi cu tendinţă de întinerire pe vîrste. Datele OMS[x], pentru 1971 arată o incidenţă de 354‰oo pentru Suedia, 3o9 ‰oo pentru Anglia şi Tara Galilor, 282 ‰oo pentru Norvegia, 259 ‰oo pentru Canada. Durata bolii - în general mai mică decît la alte boli cronice - variază după localizări, tipuri histologice, precocitatea depistării şi a rezolvării cu mijloacele terapeutice actuale. Datorită duratei reduse de supravieţuire, prevalenţa în populaţie are nivele mici. In absenţa datelor comparabile de pe glob ale morbidităţii, datele privind mortalitatea rămîn - deocamdată-singurele ce orientează mai bine nivelul bolii şi tabloul localizărilor. Nivelele mortalităţii în Europa, pentru anul 1978 (tabel 45) variază între 265 ‰oo în Scoţia şi 117 ‰oo în Iugoslavia. Datele de mortalitate ale cancerelor din diferite zone sau ţări de pe glob pot fi comparabile dacă la acestea se menţionează tehnica de diagnostic .

Tabel 45- Mortalitatea prin tumori maligne în Europa - 1978
(decese la 100.000 loc.)

1. Scoţia	265,0
2. Danemarca	255,1
3. Anglia şi ţ. galilor(1977)	254,9
4. R.F. Germania	252,9
5. Austria	252,3
6. Ungaria	252,0
7. Belgia (1976)	251 8
8. Suedia	241,4
9. Cehoslovacia (1975)	227,1
10. Franţa (1976)	225,4
11. R.D.Germană (1976)	221,2
12. Elveţia	219,3
13. Olanda	213,4
14. Norvegia	207,9
15. Irlanda de Nord(1977)	201,6
16. Italia (1974)	190,9
17. Finlanda (1975)	173,7
18. Grecia	168,8
19. Polonia	158,4
20. Spania (1976)	148,5
21. Bulgaria (1977)	141,4
22. U.R.S.S. (1974)	132,7
23. R.S.România	131,6
24. Portugalia (1975)	129,4
25. Iugoslavia (1977)	116,9

Sursa: World health statistics 1978 - OMS. 1980

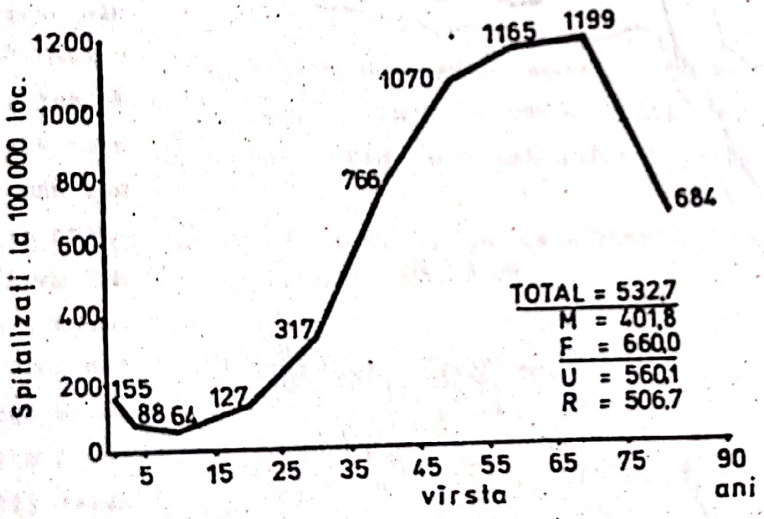
In România, după datele din unele judeţe (Braşov, Cluj, Constanţa, Dolj, Timiş, Prahova şi Bucureşti) în care declararea nominală şi evidenţa bolnavilor a fost obligatorie din 1974, incidenţa este în creşte-

x) Rapport de statistiques sanitares mondiales - vol.27, 9/1974.

re lentă şi constantă. Se estimează că anual se înregistrează în România un număr de 45.ooo de cazuri noi [x] de cancer (de 1,5 ori mai numeroase ca decesele) sau o incidenţă de cca 2oo %ooo, cu nivele mai mari în urban. Incidenţa pe localizări are în ordine descrescîndă : cancerul gastric, de col uterin, bronhopulmonar, de piele şi de sîn. După aceiaşi sursă de informaţii [x] se estimează că în România sînt 2oo.ooo de bolnavi (de 4,5 - 5 ori mai mulţi decît cazurile noi)sau o prevalenţă de o,9 pentru loo loc., cu nivele mai mari în urban, la sexul feminin şi după vîrsta de 45 ani (la 75 ani prevalenţa are nivele de 1o ori mai mare ca la 35 ani). Localizările mai frecvente, în tabloul prevalenţei sînt : cancerul de col uterin, gastric şi cancerul de piele .

In 1978 au fost spitalizaţi cu diagnosticul la ieşire de tumori un număr de 116.4oo bolnavi (2,55 % din spitalizaţii de toate bolile şi aproximativ 5o % din numărul estimat al bolnavilor), cu 2.o37 mii zile de spitalizare (3,87 din loo zile de spitalizare pentru toate bolile) şi cu o durată medie de spitalizare de 17,5 zile ,insuficientă pentru terapia necesară bolii. Din totalul spitalizărilor 51 % au fost de sex feminin .

Fig.46 - Spitalizaţi prin tumori pe grupe de vîrstă în R.S.România pentru anul - 1 9 7 8 -



Frecvenţele mari ale spitalizaţilor prin tumori (inclusiv repetările)au fost în 1978 între 35 şi 75 ani şi mai ales pentru sexul feminin (fig. 46). In anul 198o, pentru bolnavii canceroşi de vîrste active s-au plătit de Asigurările Sociale 9o6.ooo zile de incapacitate temporară de muncă, majoritatea bolnavilor trecînd, după durate scurte, în invaliditate datorită bolii, (care în tabloul de morbiditate ocupă o pondere şi o durată redusă) .

In România, în decursde jumătate de secol (1931 - 1979), mortalitatea prin tumori (tabel 46) a crescut de 3,7 ori, de la 37 %ooo cît era în 1931 la 136 decese pentru loo.ooo loc. în 1979, ocupînd, cu aceste nivele, o poziţie intermediară în Europa. In perioada 1931 - 196o ea a crescut progresiv ,

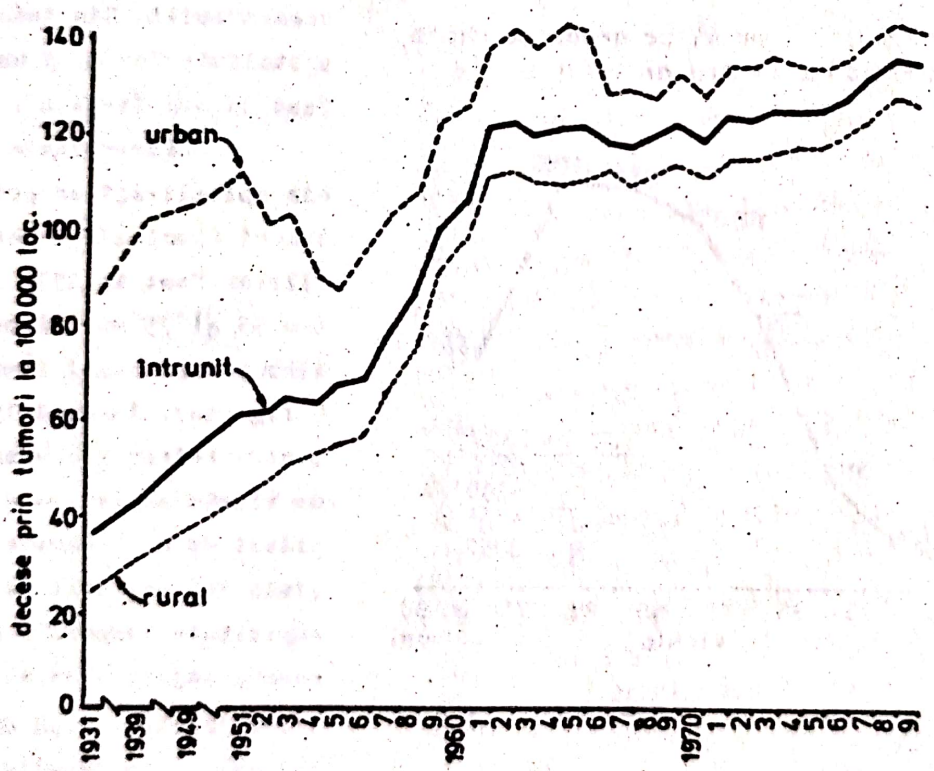
x) Buletinul Min.Sănătăţii 4/198o , pag. 14

concomitent cu creşterea duratei medii a vieţii şi ameliorării diagnosticului, după care rata anuală de creştere a încetinit (fig. 47). In anul 1979 au decedat cu diagnosticul de tumori 29.900 persoane ceea ce reprezintă 13,7 decese din 100 decese prin toate bolile. Această pondere a letalităţii în mortalitatea generală a crescut în această jumătate de secol de 7,6 ori (de la 1,8 % în 1931), tabel 46 -, ceea ce a făcut ca tumorile, de cîţiva ani , să ocupe locul 2 în tabloul mortalităţii din ţara noastră. Atît mortalitatea cît şi letalitatea, din aceşti ultimi 50 de ani , au avut nivele mai mari în urban şi mai mici în rural , cu tendinţa lentă de apropiere a nivelelor (fig. 47 şi 48). Micşorarea pantei de creştere a mortalităţii şi letalităţii din România în ultimii 20 ani , reprezintă o situaţie particulară faţă de alte ţări , explicabilă printr-o depistare şi rezolvare precoce a cancerelor de col uterin şi de sîn .

Tabel 46 - Mortalitatea şi letalitatea prin tumori în R.S.România (1931 - 1979)

Anul	Mortalitatea (la 100 000 loc.)			Letalitatea (la 100 din total decese)		
	Intrunit	U	R	Intrunit	U	R
1931	37	88	25	1,8	5,0	1,2
1950	61	112	45	5,1	8,4	3,8
1960	107	127	98	12,5	16,6	10,8
1970	124	132	107	12,7	17,8	11,2
1979	136	141	123	13,7	18,0	12,0

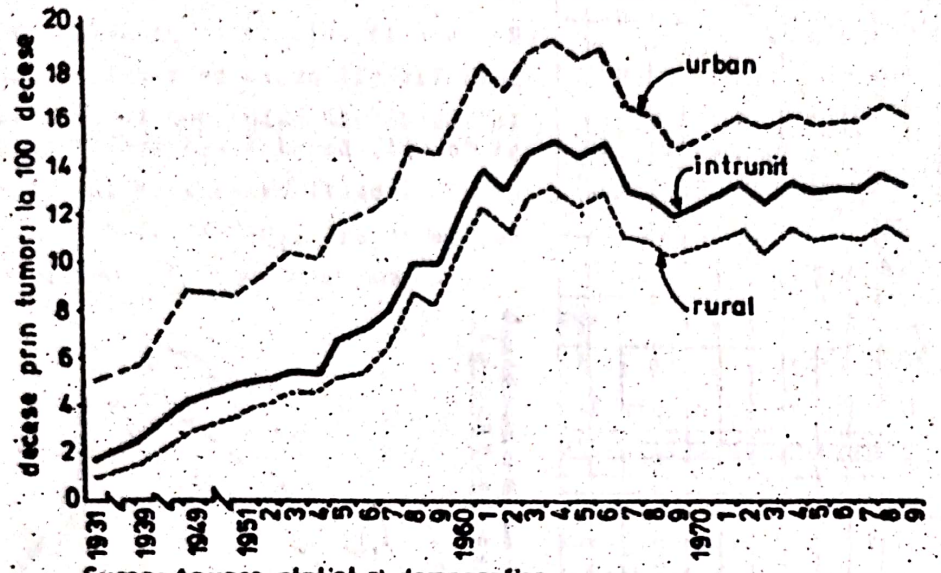
Fig. 47 - MORTALITATEA PRIN TUMORI IN ROMANIA 1931-1979



Sursa anuare statistice demografice

Repartiţia geografică a mortalităţii prin cancer în România arată în mod constant nivele mai mari în teritoriile din vestul ţării : în judeţele Arad , Timiş, Bihor , Covasna, Cluj, Mureş, (fig. 49.), în care există ponderi mai mari de vîrstnici în populaţie şi factori diferiţi în modul de viaţă faţă de celelalte

Fig. 48-LETALITATEA PRIN TUMORI IN ROMANIA 1931-1979



Sursa: Anuare statist.şi demografice

teritorii ale ţării .

In toate ţările europene, repartizarea pe vîrste a mortalităţii specifice prin cancer are aceleaşi caracteristici. După un nivel de 6 - 12 ‰oo în primii 5 ani de viaţă înregistrează între 5 şi 14 ani nivelele cele mai scăzute (5-8‰oo). Apoi nivelul mortalităţii creşte lent cu vîrsta,mai mult după 55 ani , ca la vîrstele 75 + ani să înregistreze nivelele cele mai mari (între 9oo şi 18oo de decese p.1oo.ooo loc.) .

Fig.49-MORTALITATEA PRIN TUMORI IN ROMANIA-1979
- decese la 100000 loc. -

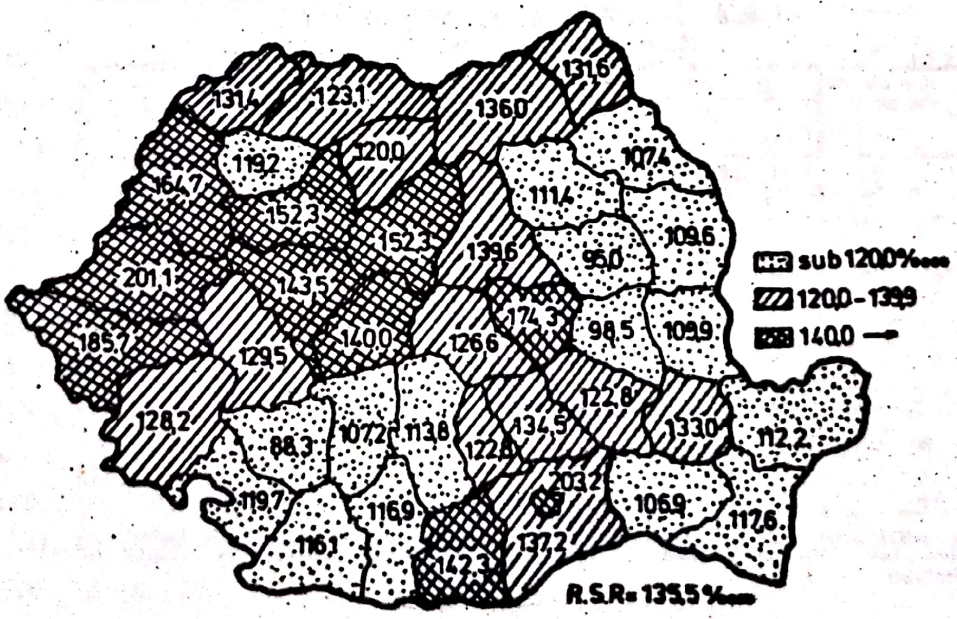
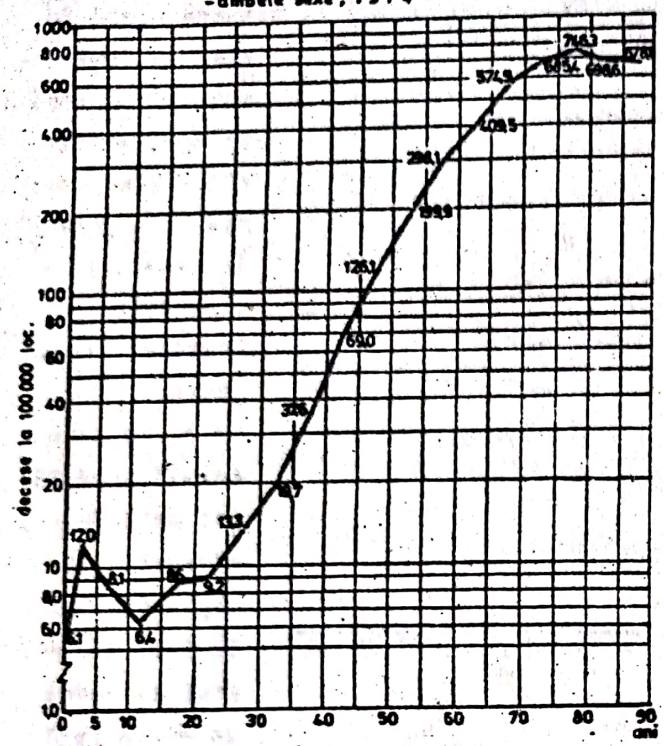


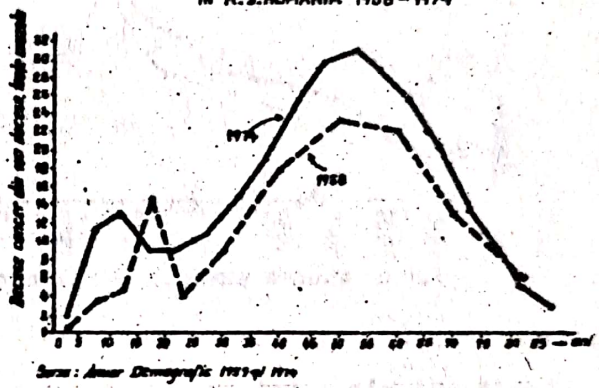
Fig.50-Mortalitatea prin tumori pe grupe de vîrstă în România -ambele sexe, 1974 -



Surse: Anuar demogr. - DCS

Distribuţia pe vîrste a mortalităţii prin boala canceroasă pentru un an recent în România (fig.5o) după un croşet de 12,o‰oo între 1 şi 4 ani şi valorile cele mai mici (6,4‰oo) la 1o - 14 ani, de la 3o ani nivelele mortalităţii cresc cu vîrstă ajungînd la 75o decese p.1oo.ooo loc. între 75 şi 8o ani. Letalitatea specifică pe vîrste a bolii canceroase la interval de 16 ani (1958-1974)-fig.51-

Fig.Nr.51-LETALITATEA PRIN CANCER PE GRUPE DE VIRSTE IN R.S.ROMANIA 1958 - 1974



Surse: Anuar Demografic 1974 şi 1975

arată o întinerire , nivele mai mari la toate vîrstele pentru anul 1974 şi două croşete importante: între 5 şi 15 ani, datorită leucozelor şi apoi între 4o şi 65 ani datorită localizărilor organice (tabel 47) . Nivelul mai mare a mortalităţii pentru sexul masculin pentru cancerul gastric, bronho-pulmonar, laringe ş.a. sînt importante pentru căutarea factorilor comuni de risc (tabel 47) .

Tabel Nr.47-MORTALITATEA ŞI LETALITATEA PENTRU PRINCIPALELE LOCALIZARI ALE CANCERULUI PE MEDII SI SEXE R.S.ROMANIA - 1974 -

DECESE PRIN CANCER PE MEDII ŞI SEXE / LOCALIZAREA		DATE ABSOLUTE					LA 100.000 LOC.					LA 100 din TOATE CANCERELE				
			din care					din care					din care			
		TOTAL	URBAN (x)	RURAL	M	F	TOTAL	U (x)	R	M	F	TOTAL	U (x)	R	M	F
1	CANCER GASTRIC	5226	1880	3346	3247	1979	24,9	29,9	27,8	31,4	18,5	20,0	15,0	24,5	22,7	16,7
2	CANCER BR. PUMON.	4205	2096	2109	3412	793	20,0	23,3	17,5	33,0	7,4	16,1	16,7	15,7	23,8	6,7
3	CANCER GENIT. F. (EXCL. UZ)	1636	731	905	—	1636	15,5	16,1	14,7	—	15,3	6,3	5,8	6,8	—	13,8
4	CANCER COL UTERIN	1325	549	776	—	1325	12,4	12,1	12,6	—	12,4	5,1	4,4	5,7	—	11,2
5	CANCER PROSTATA	962	458	504	962	—	9,3	10,5	8,5	9,3	—	3,7	3,7	3,7	5,7	—
6	CANCER SIN	1416	802	614	33	1383	6,7	8,9	5,1	0,5	12,9	5,4	6,4	4,5	0,2	11,7
7	LEUCEMII	859	395	464	580	359	4,1	4,4	3,8	4,8	3,4	3,3	3,2	3,3	3,5	3,0
8	CANCER RECT.	822	427	395	394	428	3,9	4,8	3,3	3,8	4,0	3,1	3,4	2,9	2,8	3,6
9	CANCER LARINGE	623	282	341	553	70	3,0	3,1	2,8	5,3	0,7	2,4	2,3	2,5	3,9	0,5
10	CANCER BASE	509	200	309	313	196	2,4	2,2	2,6	3,0	1,8	1,9	1,6	2,3	2,2	1,7
11	CANCER CAV. BUC. SI FARING.	410	175	235	319	101	1,9	1,9	2,0	3,0	0,9	1,6	1,4	1,7	2,2	0,9
12	CANCER CREIER	389	171	218	213	176	1,8	1,9	1,8	2,1	1,6	1,5	1,4	1,6	1,5	1,5
13	CANCER PIELE	385	129	256	204	181	1,8	1,4	2,1	2,0	1,7	1,5	1,0	1,9	1,4	1,5
	TOTAL DECESE CANCER (147-163)	26.167	12.518	13.649	14.314	11.853	124,4	139,4	115,5	138,3	111,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(x) Inclusiv suburban

Nivelele mortalităţii după principalele localizări ale cancerului în lume variază după teritorii, sexe şi perioade mari de ani. În prezent (1977), în majoritatea ţărilor europene, cancerul pulmonar şi gastric ocupă primele locuri la sexul masculin, iar cancerul de sîn şi cel gastric deţin primele două locuri la sexul feminin (tabel 48) .

Tabel 48 - Rangul nivelului mortalităţii la principalele localizări ale cancerului pe sexe în Europa şi alte ţări pentru anul 1977 sau un a.i apropiat

Rangul în Europa	Localizarea şi sexul / TARA	MASCULIN						FEMININ						
		Pulmon	Stomac	Intestin	Prostată	Rect	Leucemii	Sîn	Stomac	Intestin	Uter	Pulmon	Col uterin	Rect	Leucemii
1.	R.F.Germania	1	2	4	3	5	6	1	2	3	6	5	7	9	8
2.	Austria	1	2	4	3	5	6	1	2	3	4	5	7	6	8
3.	Anglia şi Gal	1	2	4	3	5	6	1	4	3	7	2	6	5	8
4.	Scoţia	1	2	3	4	5	6	1	4	3	7	2	6	7	8
5.	Belgia (1976)	1	2	4	3	5	6	1	3	2	6	5	8	6	7
6.	Danemarca	1	3	4	2	5	6	1	4	2	7	3	5	6	8
7.	Ungaria	1	2	4	3	5	6	1	2	3	4	5	7	6	8
8.	Suedia	1	3	4	2	5	6	1	3	2	7	4	8	5	6
9.	Franţa (1976)	1	3	4	2	5	6	1	3	2	4	7	8	5	6
10.	Cehoslov.(1975)	1	2	5	4	3	6	2	1	3	5	6	7	4	8
11.	R.D.G. (1974)	1	2	4	3	5	6	2	1	3	7	6	4	5	8
12.	Elveţia	1	3	4	2	5	6	1	2	3	5	4	6	7	8
13.	Norvegia	1	3	4	2	5	6	1	3	2	8	5	6	4	7
14.	Olanda	1	2	4	3	5	6	1	3	2	7	4	8	6	5
15.	Finlanda(1975)	1	2	6	3	5	6	1	2	3	7	4	8	5	6
16.	Grecia (1976)	1	2	5	3	6	4	1	2	3	5	4	7	8	6
17.	Polonia (1976)	1	2	6	3	4	5	2	1	5	6	4	3	7	8
18.	Islanda	2	1	4	3	5	6	1	2	4	6	3	8	5	7
19.	Spania (1975)	1	2	4	3	6	5	2	1	4	3	5	8	6	7
20.	Bulgaria	1	2	5	3	4	6	2	1	6	4	3	8	5	7
21.	România	1	2	5	3	6	4	2	1	6	4	5	3	8	7
22.	Iugoslav.(1976)	1	2	6	3	5	4	2	1	6	3	4	8	5	7
23.	S.U.A. (1976)	1	4	3	2	6	5	1	5	2	6	3	7	8	4
24.	Australia	1	4	3	2	5	6	1	4	2	8	3	7	6	5
25	Japonia	2	1	4	6	3	5	4	1	5	3	2	8	6	7

Sursa: Ann. St. Mondiales, ONS - 1979

În România , pentru anul 1974 , la sexul masculin, cancerul pulmonar, gastric , de prostată şi laringe au frecvenţele cele mai mari, iar la femei - în primele locuri sînt cancerul de uter şi col uterin , gastric, de sîn, şi pulmonar (tabel 47) . În general, în ultimii 15 ani , mortalitatea prin cancer de col uterin şi de sîn din ţara noastră înregistrează o scădere, iar cancerul bronho - pulmonar, gastric şi de sistem înregistrează o creştere .

Cancerul gastric, cu 5200 decese în anul 1974 şi o mortalitate (ambele sexe şi toate vîrstele) de 25‰oo are nivele mai mari la sexul masculin (de 1,7 ori) şi în rural (de 1,3 ori). Nivelele mortalităţii prin cancer digestiv şi ponderea lui în totalul deceselor prin cancer în ţara noastră, după vîrsta de 5o ani, deţin primul loc (fig. 52 şi 53). Depistarea redusă în stadii incipiente, întreprinsă obişnuit pentru alte scopuri, dificultăţile de diag - nostic şi costul ridicat al tehnicilor - fac ca durata de supravieţuire să fie mai mică decît în alte cancere . Nivele mari ale mortalităţii prin cancerul gastric (pentru anul 1977) sînt în Japonia (44,8), Ungaria (39,5) şi Austria (37,3 ‰oo) .

Cancerul bronho - pulmonar reprezintă una din localizările cu nivele mari de mortalitate şi în creştere în multe ţări : 71,1 în Scoţia, 69,2 în Anglia şi Tara Galilor, 55,2 în Belgia , 49,3 ‰oo în Olanda (pentru anul 1977) . În România el dă anual 42oo decese (1974), cu o mortalitate de 2o,o ‰oo la ambele sexe. Nivelul mortalităţii este de 4,5 ori mai mare la masculin decît la feminin şi de 1,3 ori în urban faţă de rural (tabel 47) . După 35 de ani el deţine locul 3 în tabloul mortalităţii şi letalităţii prin cancere (fig. 52 şi 53) .

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 52 - MORTALITATEA PRIN TUMORI MALIGNE PE LOCALIZĂRI ȘI GRUPE DE VÎRSTE - R.S. ROMANIA 1974 -

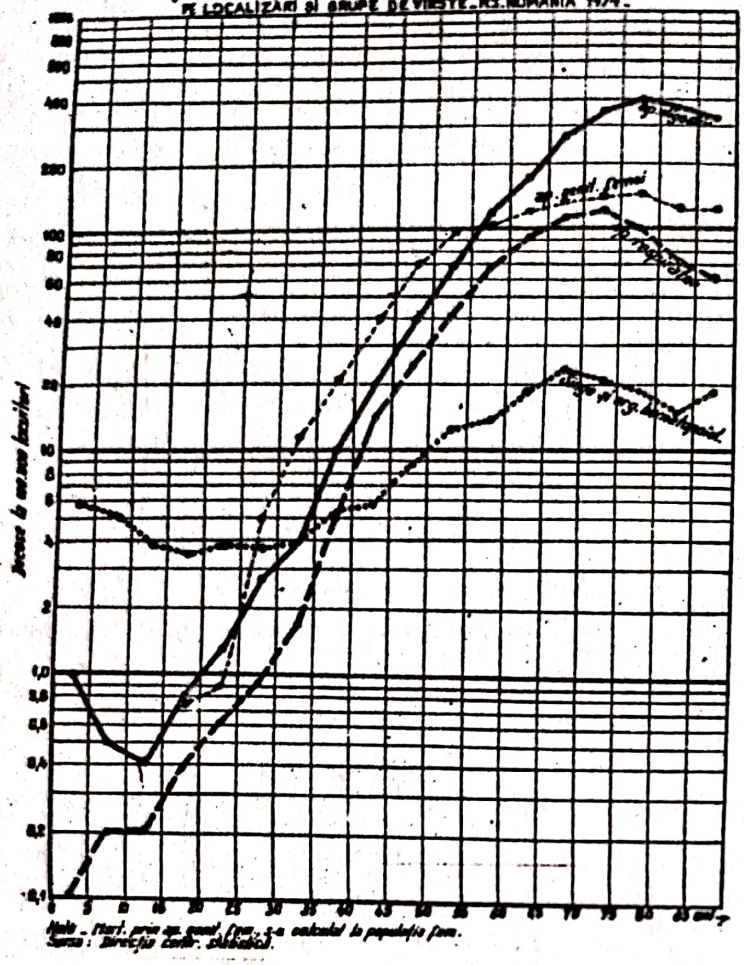
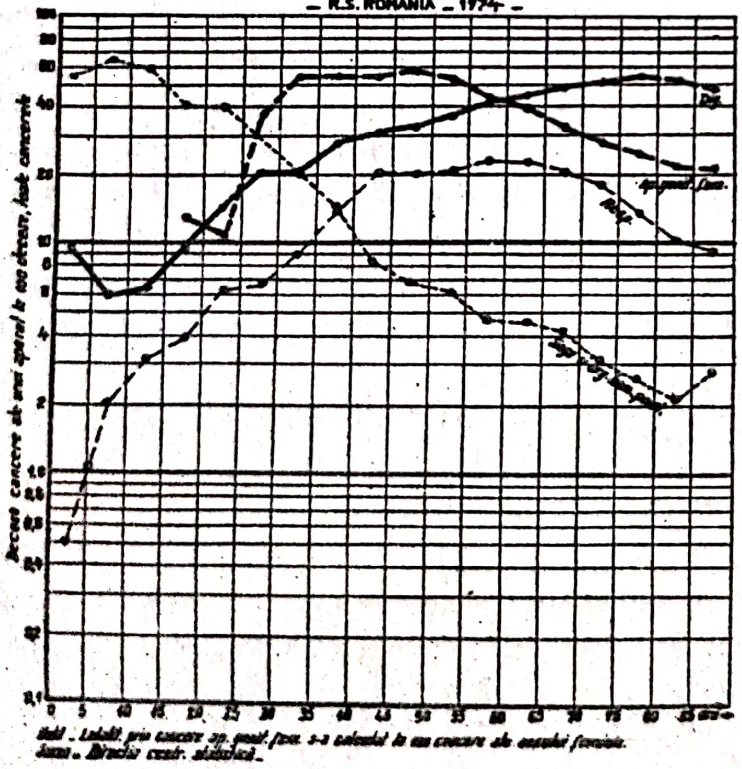


Fig. nr. 53 - DECESE PRIN TUMORI ALE UNUI APARAT LA 100 DECESE PRIN TOATE TUMORILE PE GRUPE DE VÎRSTA - R.S. ROMANIA - 1974 -



Actualele posibilităţi de diagnostic precoce şi de tratament nu realizează o prelungire a duratei de supravieţuire a bolnavului .

Cancerul de uter, cu o mortalitate în Europa între 5,1‰oo (Finlanda) şi 16,o ‰oo (Ungaria) - pentru anul 1977 dă anual în România 16oo decese şi o mortalitate de 15,3‰oo (1974) .

Cancerul de col uterin are o mortalitate în Europa cu variaţii mai mari (1977) ; între 1,1 în Spania şi 14,8‰oo în R.D.Germană .In 1974 au fost în România 13oo decese, cu o mortalitate de 12,4 ‰oo şi nivele aproximativ egale în urban şi rural (tabel 47) . Mortalitatea prin ambele localizări canceroase deţin locul 1 în tabloul mortalităţii prin cancere între 25 şi 55 ani şi locul 2 după 55 ani (fig. 52 şi 53) . In cancerul de col uterin depistarea şi tratamentul precoce (în stadii preinvazive) -accesibilă şi acceptabile ca tehnici şi cost - dublează durata de supravieţuire. Acţiunile de depistare a acestei localizări în populaţia feminină din

ţara noastră a realizat o scădere a gravităţii şi mortalităţii bolii şi au arătat valoarea profilaxiei secundare în această localizare .

In cancerul de sîn (la sexul feminin) nivelul mortalităţii în Europa (1977) variază între 13,8 în Iugoslavia, 14,5 în România şi 46,9 în Anglia şi Tara Galilor, 42,4 ‰oo în Danemarca. Anual el dă în România 14oo decese la sexul feminin , cu nivele de mortalitate de 1,8 ori mai mari în urban ca în rural. Depistarea precoce din ultimii ani a dus la prelungirea duratei de supravieţuire şi deplasarea nivelelor de mortalitate prin această localizare către virstele 55 - 64 ani. Este localizarea canceroasă în care educaţia pentru autocontrol şi aplicarea lui de către femeie realizează o eficientă depistare şi tratament precoce .

Mortalitatea prin leucemii variază în Europa (1977) între 3,6 în Islanda şi 15,o ‰oo în R.D.Germană. In acelaş an (1977) nivelul mortalităţii în România a fost 4,1 ‰oo . Este localizarea care deţine locul 1, în tabloul mortalităţii prin tumori maligne, pînă la vîrsta de 25 ani (fig. 52,53) .

Costul spitalizării pentru bolnavii canceroşi din ţara noastră se ridică anual la aproximativ 32o milioane lei, iar sarcina economică dată de boala canceroasă ar depăşi 2 miliarde lei pe an(cheltuielile asistenţei medicale, din bugetul asigurărilor sociale, din bugetul familiei, de prevenire a bolii etc).

3.5.2.3. - Aspecte de epidemiologie analitică

In boala canceroasă - cu evoluţie lent progresivă în populaţie, cu o mare variabilitate de frecvenţe teritoriale după localizări - etiopatogenia este deocamdată necunoscută.

Cercetările de pînă acum apreciază că etiologia este plurifactorială iar identificarea unui factor cauzal implică laborioase studii clinice, experimentale şi populaţionale, tehnicitate şi discernămînt din partea epidemiologului în formarea şi demonstrarea ipotezei de cauzalitate, cît şi date exigent înregistrate şi corect prelucrate .

In anchetele epidemiologice (descriptive şi analitice) din boala canceroasă, în formularea ipotezelor şi punerea în relaţie cauzală necesită a se avea în vedere următoarele :

- relaţia dintre expunerea cronică la anumiţi factori de mediu şi incidenţa crescută a unor forme de cancer este cunoscută de foarte multă vreme. Rezultatele cercetărilor epidemiologice şi experimentale de pînă acum estimează că factorii de mediu (Higginson şi Muir - 1973) sînt implicaţi direct sau indirect în peste 8o % din cancerele umane şi dintre aceştia boala poate fi cauzată în 9o % din cazuri de substanţe chimice (Boyland,1969) ce poluiază mediul şi unele locuri de muncă ;

- în apariţia unui cancer sînt necesari 15 - 3o ani de expunere la factorii cancerigeni ;

- în stabilirea unui diagnostic valabil de cancer necropsia e mai sigură ca biopsia şi acestea sînt mai sigure ca examenul radiologic ;

- cancerul unui organ poate cuprinde mai multe tipuri microscopice distincte ce au etiologii diferite. De aceea studiile epidemiologice trebuiesc să se bazeze în primul rînd pe tipurile histologice, apoi pe localizările de organ, teritorii şi caracteristici personale (vîrstă, sex, ocupaţie, etc) ;

- Creşterea frecvenţei unui nou tip celular de cancer este adesea semnul apariţiei unor noi factori cancerigeni în mediu ;

- Dintre datele de morbiditate, incidenţa (pe tipuri histologice) este mai utilă decît prevalenţa şi mortalitatea pentrucă ea conţine efectul factorilor cauzali şi sesizează cel mai bine apariţia şi evoluţia unui tip de tumoră malignă. In studiile epidemiologice este necesar ca incidenţa să fie obţinută nu atît din totalul teritoriului şi nici din delimitări strict administrative ci mai ales cu tehnici validate de laborator şi prin serii de date de lungă durată, înregistrate exigent şi prelucrate unitar în timp ;

- Pentru aceiaşi perioadă a studiului epidemiologic sînt necesare date comparabile privind nivelul şi evoluţia diverşilor factori de mediu care să ofere suport pentru tehnicile epidemiologice, descriptive şi analitice.

Creşterea duratei medii a vieţii a dat posibilitatea finalizării acţiunii de durate mari a factorilor cancerigeni. Ca urmare creşterea frecvenţei cancerelor (a morbidităţii şi mortalităţii) odată cu vîrsta după 5o ani apare ca obişnuit în teritoriile unde şi ponderea vîrstnicilor a crescut constant în structura populaţiei .

Importantă în epidemiologia cancerelor este accepţiunea că factorii de risc acţionează la început asupra întregului organism fără o afinitate pentru o anumită localizare. Datorită acestui mod de acţiune, cauzalitatea plurifactorială este orientată în a incrimina poluanţii ce ţin de industrializare şi urbanizare, expunerea mai mare la radiaţii etc. Afirmaţiile se sprijină pe asocierea frecvenţelor mai mari a cancerelor în oraşele şi centrele industrializate ce au o vechime mai mare de existenţă .

Expunerea de mai lungă durată la diverşi factori cancerigeni existenţi în mediul de muncă asociaţi la frecvenţe mai mari de cancere la cei expuşi au considerat aceste locuri de muncă şi ocupaţii cu risc de îmbolnăvire (tabel 49) : cancerul de vezică la unii lucrători din industria coloranţilor, cancerul pulmonar la lucrătorii din industria azbestului, limfosarcoame la operatorii chimişti din unele industrii (Ames şi colab.-1975), cancerul sinusurilor feţei din locurile de fabricare a alcoolului izopropilic şi din industria pielăriei etc.

S-au incriminat a fi cancerigeni unii factori alimentari, aditivii alimentari şi însăşi unele obiceiuri alimentare practicate de populaţie. Se insistă tot mai mult asupra riscului de cancer pe care-l induce consumul mare de băuturi alcoolice (pentru cancerul gurii, al laringelui şi esofagului) cît şi fumatul

mai ales de tigarete (pentru cancerul bronho-pulmonar, esofag, vezică urinară) şi care e pus în relaţie cu cantitatea zilnică de tigarete şi cu durata practicării lui ca şi mestecarea de betel, tutun, lămîie pentru cancerul de cavitate bucală (tabel 49) .

Tabel 49 - FACTORII CAUZALI IDENTIFICATI IN CANCER

Factorul cauzal	Localizarea cancerului
1. Activitate sexuală intensă	Col uterin
2. Aflatoxine	Ficat
3. Ciclofosfamida	Vezică
Melfalan	Măduvă
4. Fabricare alcool izopropilic	Sinus faţă
5. Amiant (azbest)	Pulmon, pleură, peritoneu
6. Amine aromatice: amino-4-difenil	Vezică urinară
benzidină	Vezică urinară
naftilamină-2	Vezică urinară
7. Unii compuşi de arsenic	Piele, pulmon
8. Benzen	Măduvă
9. Bisclormetil-eter	Pulmon
10. Băuturi alcoolizate	Cav. bucală, faringe, laringe, esofag, ficat
11. Busulfan	Măduvă
12. Unii compuşi de cadmiu	Prostată
13. Unii compuşi de crom	Pulmon
14. Clornafazin	Vezica urinară
15. Industria pielăriei	Sinus faţă
16. Iperita	Laringe, pulmon
17. Hidrocarburi policiclice	Piele, scrot, pulmon
18. Mestecare de betel, tutun, lămîie	Cav. bucală
19. Fabricare mobilă din lemn dur	Sinus faţă
20. Medicam. imunodepresoare	Sist. reticulo-endotel.
21. Unii compuşi de nichel	Sinus faţă pulmon
22. Estrogeni	Endometru, vagin
23. Paraziţi: schistosoma haematob.	Vezica urinară
clonorchis sinensis	Ficat (colangiom)
24. Fenacetina	Rinichi (bazinet)
25. Radiaţii ionizante	Măduvă şi alte localiz. (?)
26. Radiaţii ultraviolete	Piele, buză
27. Vîrsta avansată la I sarcină	Sîn
28. Fără sau puţine sarcini	Ovare
29. Steroizi: Anabolizanţi (oximetolon)	Ficat
Contraceptive	Ficat
30. Supraalimentaţie cu obezitate	Endometru, vez. biliară
31. Tabagism	Cav. bucală, faringe, laringe, pulmon, esofag, vezică urinară
32. Cloroură de vinilin	Ficat (angiosarcom)
33. Virus B hep. virală	Ficat (hepatom)

Sursa: R. Doll şi R. Peto - Journal of the U.S. National Cancer Institute, SUA-1981, în Santé du Monde, sept. 1981

O serie de medicamente s-au dovedit a fi cancerigene pe animale şi se consideră a fi cancerigene pe om sau suspect cancerigene; oximetalon-ul, fenacetina şi fenitoina [x], imunodepresoare, estrogeni etc. In condiţiile creşterii producţiei chimice (peste 200.000 de substanţe chimice noi se sintetizează anual în lume) şi în condiţiile extinderii folosirii lor în industria alimentară, agricolă, farmaceutică etc este necesar ca înaintea introducerii lor în circuitul economico-social să fie controlate potenţialul şi riscul cancerigen ce-l prezintă pentru om .

Pe lîngă substanţe cancerigene rezultate din tehnologii noi s-au pus în evidenţă şi produşi cancerigeni generaţi de bacterii , paraziţi, fungi (luteo Skyrina, aflatoxinele B_1, G_1 etc) care în anumite condiţii pot contamina unele alimente [xx]. Absenţa sarcinilor şi vîrsta avansată la prima sarcină s-au dovedit factori cu risc pentru cancerul de ovare şi de sîn la femei .

Tabel 50 - Ponderea factorilor cunoscuţi în mortalitatea prin cancer - în SUA

Factori etiologici	La 100 din total decese prin cancer	
	cea mai bună estimaţie	limitele estimaţiilor acceptabile
1. Alimentaţia	35	10 - 70
2. Fumatul	30	25 - 40
3. Infecţia	10	1 - ?
4. Comportamente în reproducere şi sexualit.	7	1 - 13
5. Riscuri profesionale	4	2 - 8
6. Factori geofizici	3	2 - 4
7. Alcoolul	3	2 - 4
8. Poluarea	2	<1 - 5
9. Medicamente şi acte medicale	1	05 - 3
10. Aditivi alimentari	<1	5 - 2
11. Produse industriale	<1	<1 - 2

Sursa: R. Doll şi R. Peto - Journal of the U.S. National Cancer Institute, SUA-1981 în Santé du Monde, sept. 1981

Rezultatele studiilor epidemiologice făcute asupra leucemiilor apărute la persoanele

x) IARC Monographs on the Evalution of Carcenogenic Risk of Chemicals to Man, IARC Lyan, 1972-1974 - col. 1 - 13 .

xx) Voiculeţ N.- Oncologia (Buc.), 1976, 4, 247-266.

ce lucrează în mediu cu raze roentgen şi asupra cancerelor după bombardamentele atomice de la Hiroshima şi Nagasaki (1945) vin să confirme relaţia cauzală din - tre acestea .

Studiile epidemiologice pe baza mortalităţii (Doll şi Peto) stabilesc în cancere următoarea ordine şi pondere a factorilor (cu mari variaţii)-tabel 5o-: alimentaţia, fumatul, infecţia, comportamente în reproducere, riscurile profesionale, factorii geofizici, alcoolul, poluarea, medicamentele, aditivii alimentari, produsele industriale.

Pe lîngă factorii prezentaţi, în condiţionarea apariţiei cancerelor se insistă asupra factorilor endogeni şi asupra importanţei unor leziuni cronice distrofice (stările " precanceroase ") .

3.5.2.4. - Prevenirea bolii canceroase şi asistenţa medicală a bolnavilor

Prevenirea bolii canceroase se realizează de toate compartimentele vieţii social - economice şi de către toate tipurile de servicii medicale. Prevederile Legii 3/1978, privind asigurarea sănătăţii populaţiei, obligă unităţile socialiste, serviciile medicale şi populaţia să participe la asigurarea condiţiilor igienice de viaţă şi de muncă şi la prevenirea şi înlăturarea oricăror factori din mediul de viaţă şi de muncă ce ar putea dăuna sănătăţii (art.82,84,86-89, iar prin al.5 al art. 84 se interzice fumatul în unităţi şi locuri publice). Activităţile medicale de identificare a factorilor cauzali (art.1o5 din Legea 3/1978), alături de măsurile generale şi speciale de limitare a acţiunii factorilor cancerigeni (probaţi sau presupuşi) realizează cadrul larg al profilaxiei primare în boala canceroasă.

Prin prevederile decretului 246/1958 statul asigură gratuitate absolută în toate acţiunile şi activităţile de depistare şi tratament a bolnavilor de cancer .

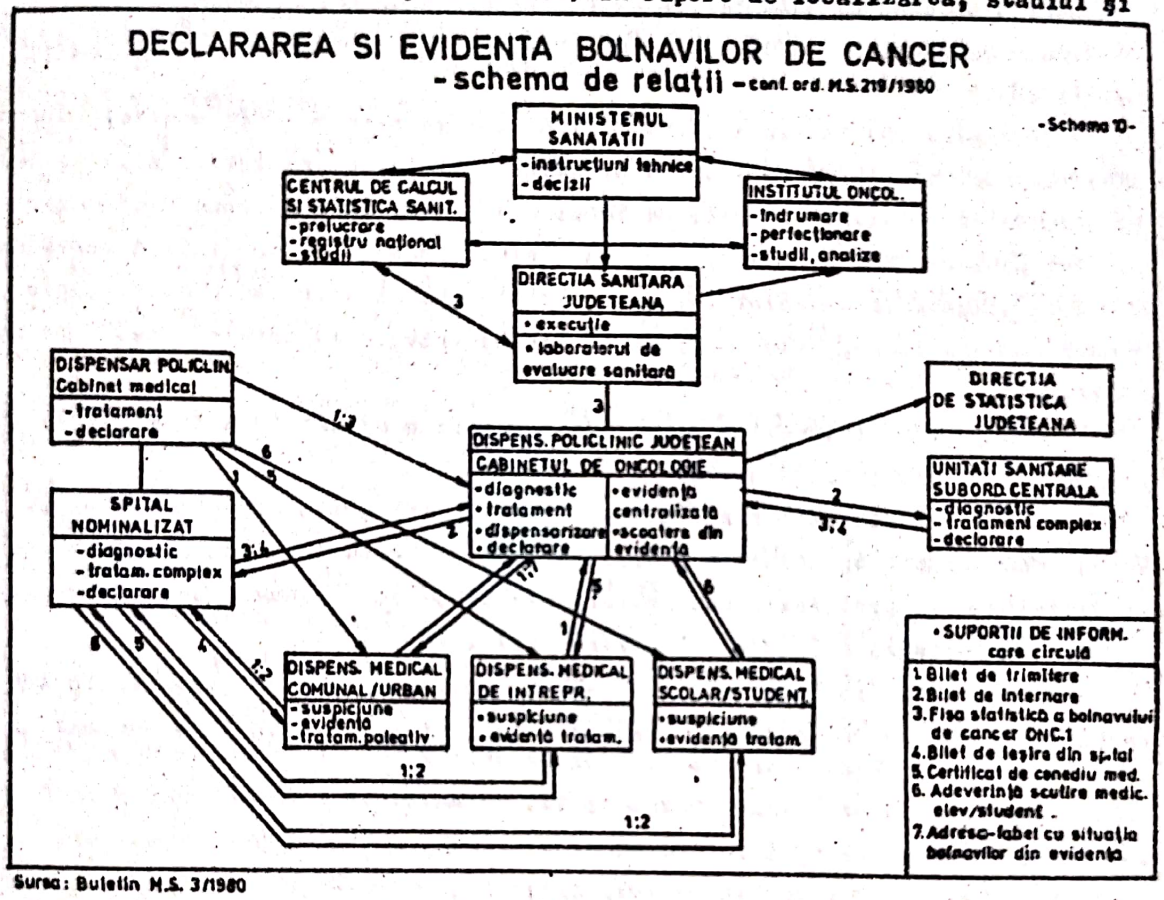
Prevenirea şi combaterea bolii canceroase de către serviciile medicale din ţara noastră a fost organizată în ultimii 2o de ani prin instrucţiunile Ministerului Sănătăţii din 1961,1971 şi 198o [x]. Declararea cazurilor de cancer, începută într-un număr redus de judeţe în anul 1971 este extinsă din 1981 la toată ţara. Prin declararea nominală a tuturor cazurilor de cancer (confirmate ca atare) şi realizarea registrului naţional de cancer se asigură cunoaşterea nivelului şi evoluţiei cancerelor în populaţie, bază de măsuri profilactice în lupta contra acestei boli .

Declararea şi evidenţa bolnavilor de cancer - schema 1o - redau nu numai sistemul şi circuitul informaţional în cunoaşterea morbidităţii şi mortalităţii ci şi sarcinile , atribuţiile şi competenţele eşaloanelor medicale în depistarea, diagnosticul, tratamentul şi dispensarizarea bolnavilor .

Prin instrucţiunile Ministerului Sănătăţii examenul oncologic profilactic

x) Ord. MS 1269/1961, 432/1971 şi 219/198o şi Planul operaţional pentru prevenirea şi combaterea cancerului pe perioada 1981 - 1985 (bul.MS-1/1982)

este obligator să se execute la toţi bolnavii[x] ce se prezintă la consultaţii sau care se internează în spital, indiferent de motivul pentru care solicită asistenţă medicală. Diagnosticul bolii canceroase şi stabilirea tratamentului - pentru bolnavii trimişi de eşalonul de bază - sînt asigurate, într-un sistem medical teritorial, în spitale nominalizate, de către " comisia de diagnostic şi indicaţie terapeutică". Aplicarea tratamentului complex se execută în spitale nominalizate (generale sau de specialitate) în raport de localizarea, stadiul şi



Sursa: Buletin M.S. 3/1980

tipul histologic al cancerului. Cabinetul oncologic din dispensarul policlinic judeţean coordonează întregul program de prevenire, combatere şi asistenţă medicală a bolii canceroase din teritoriu, şi anume : cunoaşterea bolnavilor şi a bolii în teritorii, diagnosticul şi modul de rezolvare a bolnavilor, tratamentele ambulatorii, reinserţia socio-profesională a bolnavilor, acţiuni de depistare a bolii la grupe de populaţie cu risc, educaţie sanitară a populaţiei, participare la anchete epidemiologice pentru identificarea factorilor cauzali etc.

Asistenţa medicală a bolnavilor cu cancer din ţara noastră se realizează în următorul sistem de servicii medicale : dispensarele medicale teritoriale şi de colectivităţi, dispensarul policlinic (cu serviciile de specialitate), spitalele generale, secţii de oncologie în spitale generale şi în spitale clinice, spitale speciale de oncologie şi institutele de oncologie din Bucureşti şi Cluj-Napoca .

x) ord. MS 490/1981 privind obligativitatea examinării med.oncologice sistematice a bolnavilor în unităţile sanitare (bul. MS-1/982) .

Prevenirea şi combaterea bolii canceroase , în România, cuprinde următoarele principale acţiuni, ce se execută de către unităţile de asistenţă medico-sanitară şi Institute Medicale de specialitate [x] :

- identificarea şi neutralizarea sau evitarea factorilor cancerigeni din modul de viaţă şi de munca şi din activitatea medicală (măsuri de profilaxie primara), cunoaşterea şi actualizarea la 2 ani a situaţiei locurilor de munca şi din mediul ambiant cu expunere la noxe cert cancerigene şi a numărului de persoane expuse cu instituirea măsurilor de reducere sau eliminare a riscului de îmbolnavire ;

- depistarea activă a cancerului cu ocazia oricărui act medical, organizarea de acţiuni pentru depistarea precoce (clinică şi cu laboratorul) a bolii la grupele de populaţie cu risc de îmbolnăvire, mai ales a cancerului mamar, col uterin, piele, buză, pulmonar, gastric . etc. (măsuri de profilaxie secundară);

- asigurarea diagnosticului de certitudine şi a tratamentului complex în raport de localizare, stadiu clinic şi tip histologic în servicii medicale nominalizate ;

- angajarea întregului sistem de servicii medicale în supravegherea activă a grupelor expuse şi a bolnavilor ;

- dezvoltarea cercetării ştiinţifice, aplicative şi fundamentale, în boala canceroasă (optimizarea diagnosticului şi tratamentului, metode moderne în epidemiologia şi profilaxia cancerelor, mecanisme de acţiune a agenţilor cancerigeni din factorii de mediu, imunologia bolii etc) ;

- educaţia sanitară diferenţiată a populaţiei pentru evitarea factorilor cancerigeni şi pentru sesizarea precoce a leziunilor accesibile autocontroţului .

x) Extrase din : " Planul Operaţional pentru prevenirea şi combaterea cancerului pe perioada 1981 - 1985" elaborat de Min.Sănătăţii (bul.MS-1/1982)

3.5.3.- TULBURARILE MINTALE

3.5.3.1.- Aspecte generale şi importanţa lor

Starea de bine mintală şi buna integrare socială - din definirea sănătăţii - arată ponderea importantă cu care sănătatea mintală participă la sănătatea totală a individului şi colectivităţii. In înţelegerea corectă , sănătatea mintală este inseparabilă de sănătatea globală şi greu delimitabilă în cadrul acesteia, care se condiţionează reciproc şi - la rîndul lor - sînt condiţionate de o multitudine de factori biologici , fizici , chimici şi social-economici .

Alterarea sănătăţii mintale are o gamă foarte variată de forme şi gravităţi de la consecinţe ale unor boli generale (infecto parazitare, neurologice, cerebrovasculare etc) la identităţi psihice. Ultimile, boli cronice şi pregresive încadrate în clasa de boli denumită " tulburări mintale" x), cuprind trei sub - clase principale : a) psihozele ; b) tulburările nevrotice, de personalitate şi alte tulburări nepsihotice şi c) întîrzierea mintală. Spre deosebire de celelalte clase de boli, diagnosticul tulburărilor mintale se bazează în mai mare măsură pe tehnicitatea şi experienţa clinică. De aici şi dificultăţile în compararea datelor de morbiditate între teritorii şi în timp .

Ca o caracteristică generală, această clasă de boli are o incidenţă mică, o prevalenţă ce se cumulează în timp (datorită duratelor mari de persistenţă ale bolilor) şi un nivel redus de mortalitate în populaţiile teritoriale. Cu toată incertitudinea în diagnostic şi în înregistrarea tuturor cazurilor se apreciază că sînt pe glob aproximativ 12o milioane bolnavi cu boli psihice grave xx) sau o prevalenţă de 3 %, din care unele cu tendinţă de creştere şi de întinerire. Sînt bolile cu un mare potenţial invalidant, cu o incapacitate de lungă durată şi cu importante implicaţii psihice individuale, familiale şi pentru anturaj. Variatele forme ale acestor boli dau un mare consum medical (consultaţii, tratamente, spitalizări) şi de medicamente, cît şi un mare volum de cheltuieli din bugetul colectivităţii şi al familiei. Ca urmare , tulburările mintale constituie în ţările dezvoltate a IV-a problemă de sănătate (după bolile cardiovasculare, tumori şi accidente), iar în teritoriile în curs de dezvoltare, formele severe - consecinţe mai ales a bolilor infecto parazitare - pun importante probleme de asistenţă medicală şi socială .

In situaţia persistenţei sau extinderii factorilor asociaţi sau res -

---

x) Clasificaţia Internaţională a Bolilor - OMS, revizia IX-a .

xx) Chronique OMS - 29, 1975 p. 465 .

pensabili (factor stresanţi datorită schimbării rapide a mediului psiho-social, creşterea ponderii vîrstnicilor cu boli cronice ce au stări psihice etc), a dezvoltării adresabilităţii şi accesibilităţii pentru sănătate mintală este posibilă creşterea frecvenţei unor boli din cadrul acestei clase .

3.5.3.2. - Aspecte de epidemiologie descriptivă

Tulburările mintale se întîlnesc pe tot globul în variate tablouri de morbiditate şi de frecvenţe pe teritorii, sexe, vîrste, medii de reşedinţă, ocupaţii, nivele de cultură etc. condiţionate de o multitudine şi diferiţi factori biologici, fizici, chimici şi social - economici .

Informaţii mai vechi privind incidenţa şi prevalenţa acestor boli arătau mari diferenţe nu numai între regiuni de pe glob ci şi în cadrul aceleiaşi ţări datorită lipsei metodologiei unitare de încadrare a bolilor psihice şi a serviciilor sau cadrelor medicale de specialitate. Chiar în această situaţie se reţine nivelul de 3 % în populaţie a bolilor psihice grave din care 1% cu forme clinice dintre cele mai grave.

Morbiditatea spitalizată, singura sursă în unele ţări şi care oferă un diagnostic cert, nu cuprinde toate bolile şi tulburările psihice din tabloul acestei clase. De aceea ea serveşte puţin în aprecierea nivelurilor şi tendinţelor teritoriale datorită unei mari variaţii în asigurarea cu paturi de specialitate şi în atitudini faţă de tratamentul bolnavilor de la o zonă la alta de pe glob. Astfel numai în Europa (1977) numărul paturilor pentru boli psihice p. lo.ooo loc este între 5 - 6 (Iugoslavia , Albania) şi 3o - 4o (Norvegia, Suedia, Finlanda) . Frecvenţa internărilor este de asemenea foarte diferită variind (1975) între 12,6 în Iugoslavia şi 16,9 în Olanda în timp ce Finlanda are 9o,4 şi Suedia 99,7 spitalizări pentru looo loc. pe an. Durata medie de spitalizare, ce ţine de boală şi condiţiile de îngrijire ambulatorie, variază între 15o şi 3oo zile în medie pentru un bolnav. De reţinut că în unele ţări dezvoltate cu asigurare bună a spitalizărilor, aproximativ 3o % din bolnavii unităţilor medicale ambulatorii solicită îngrijiri medicale pentru o boală sau o tulburare psihică .

Absenteismul din producţia socială şi invaliditatea datorită bolilor psihice reprezintă surse importante pentru cunoaşterea morbidităţii cu forme grave dar pentru o parte din teritoriile de pe glob şi care se referă numai la vîrstele active .

Mortalitatea, în general cu nivele mici, variază după teritorii între 1,5 (Italia) şi 7,3 %ooo (R.F.G. şi Australia) - tabel 51 - . In cadrul acestora ea are frecvenţe mai ridicate între 35 şi 65 ani şi pentru sexul masculin .

Din studiile epidemiologice şi din depistările organizate în cadrul programelor teritoriale de sănătate mintală se apreciază următoarea situaţie şi tendinţa pe glob a bolilor din această clasă (cu valabilitate - cu unele excepţii şi pentru România) :

Tabel 51. - Mortalitatea prin tulburări mintale în unele țări - 1978 x)

Italia (1975)	1,5 ‰oo
Ungaria	1,9
Spania (1976)	2,8
România	3,o
Elveția	3,4
Austria	3,6
Danemarca	3,9
Anglia și T.Galilor(977)	4,o
Olanda	4,o
Iugoslavia	4,6
Polonia	4,8
Suedia	6,1
Grecia	6,2
Norvegia	7,o
R.F.Germania	7,3
Japonia	2,4
SUA (1977)	4,6
Australia (1977)	7,3

x) Sursa : Ann.St.Sanit.Mondiales OMS, 1977 - 198o.

- bolile psihice datorită infecțiilor (luetice, puerperale, paludice, etc) și pelagrei au nivele mici și scad în țările dezvoltate, dar constituie o problemă severă în teritoriile în curs de dezvoltare ;

- psihozele endogene (psihozele afective, schizofreniile, epilepsia, oligofreniile) după o scădere rămîn staționare cu frecvență în ultimile două decenii ;

- depresiunile psihice, tulburările psihice "de limită" (nevrozele , psihozele depresive, tulburările de comportament la copil, dependența față de droguri, psihosindroamele vîrstelor avansate etc) cresc ca frecvență atît în țările dezvoltate cît și în cele în curs de dezvoltare .

Trăsăturile generale ale acestui tablou sînt valabile pentru fiecare teritoriu, cu adaptarea lor la stadiul și tendința de dezvoltare social-economică, culturală și sanitară. Din acest tablou al morbidității, frecvențe în creștere și extinderi la vîrstele tinere și adulte o au dependența față de droguri (inclusiv alcoolismul) , tulburările de comportament la copil și nevrozele, ce dau probleme importante atît în marile orașe din țările dezvoltate economic cît și în unele teritorii în curs de dezvoltare .

In România , dispensarele medicale și policlinicile teritoriale, depistează anual (1978) 121.ooo cazuri noi de tulburări mintale x) sau o incidență de 595 ‰oo, considerate sub numărul real de noi îmbolnăviri. Din acestea,

- nevroze	84,e %
- psihoze	5,9
- tulb.mint. nepsih.	4,7
- alcoolism	3,3
- debil.mint.	2,1

mai mult de 8/1o sînt nevroze (84,e %), urmate de psihoze, tulburări mintale nepsihice, alcoolism și debilitate mintală. Nivelul incidenței este mai mare în urban datorită accesibilității la serviciile medicale. Din anchetele efectuate de Ministerul Sănătății în 1959/196o și 1964/1965 - deși arată situația de acum 2o ani - rezultă o creștere a prevalenței prin boli psihice (tabel 52) de la 1,9 la 2,3 %, din care 8/1o sînt nevroze .Studii mai recente (1972/1973) - făcute de specialiști (V.Predescu și colab). pe un eșantion de aproximativ 12.ooo

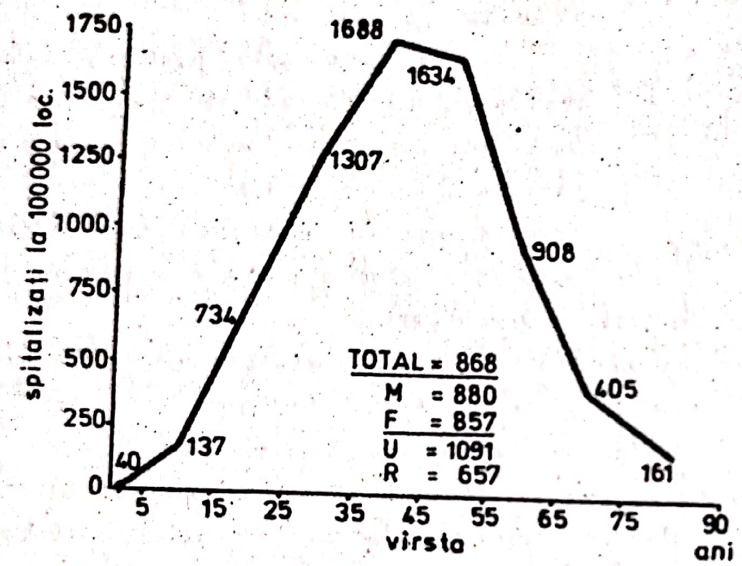
Tabel 52.- Prevalența unor tuburări mintale în RSR

	1959/196o	1964/1965
- psihonevroze	1,46	1,76 %
- oligofrenii	o,2o	o,2o
- psihoze	o,o7	o,o7
- alcoolism	o,o5	o,1o
Total	1,9	2,3

x) Studiul morbidității generale 1978-Min.Sănăt.1979.

persoane în vîrstă de peste 16 ani arată o prevalenţă cu nivele mult mai mari, de 24,6 %, iar în cadrul acesteia cele mai frecvente sînt : nevrozele (9,2 %) , sindroamele mixte (nevrotici şi psihopatici cu 6,9 %), psihopatiile (3,9%) , psihopatiile (3,9 %), psihozele (2,9 %), alcoolismul (1,6 %), epilepsia (o,54%). In afara acestor aspecte, acelaş studiu relevă, că tulburările psihice izolate- ca durată şi intensitate - reprezintă un potenţial către boala psihică şi creia- ză importante implicaţii personale şi familiale. In 1978 au fost spitalizaţi aproximativ 19o.ooo per - soane ce aveau la ieşire diagnostic de tulburări mintale, ocupînd locul 9 în ordinea claselor de boli. Deşi morbiditatea spitalizată se referă nu- mai la formele ce nu se pot rezolva ambulator in- cluzînd repetările la aceiaşi persoană şi fiind condiţionată de accesibi- litatea şi adresabilitatea la asistenţa medicală ea este singura - pentru această clasă de boli - ce ne oferă date mai com - plete pe teritorii, sexe şi vîrste şi un diagnostic mai exact. Frecvenţa spitalizărilor (1978) de 8,68 p.looo loc, aproximativ egală pe sexe şi mai mare pentru populaţia urbană (fig.54) din ţara noastră este mai redusă ca în alte ţări europene (12,6 în Iugoslavia şi 99,7 %o în Suedia). Nivelele mari sînt la vîrstele tinere şi active şi mai ales între 35 şi 55 ani, care anual au 16 - 17 internări p.looo loc(fig.54).

Fig.54 - Spitalizaţi prin tulburări mintale pe grupe de vîrstă în R.S.România - 1978



Tabel 53- Structura spitalizaţilor pe boli în cadrul clasei de tulburări mintale - R S R, 1978 - eşantion 5,3%

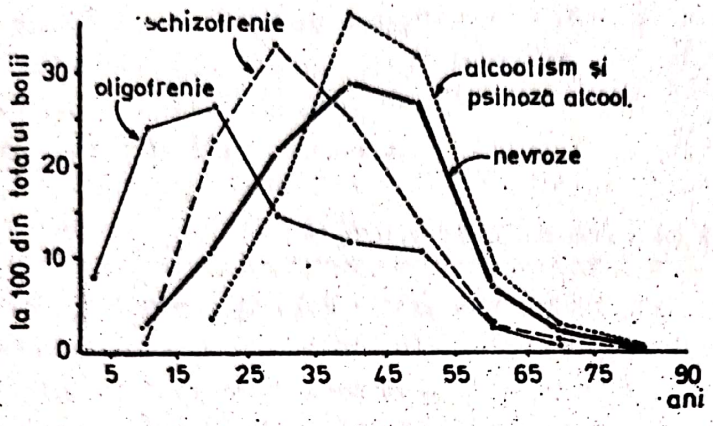
Boala	M+F	M	F
1. Nevroze	45,8	35,1	56,0
2. Alcoolism	11,1	20,0	2,6
3. Psihoze afective	9,9	7,4	12,4
4. Schizofrenie	9,8	10,5	9,2
5. Alte psihoze	9,6	9,1	10,1
6. Tulb. mint. nepsih.	8,4	10,1	6,7
7. Debilit. mintală	2,8	3,3	2,3
8. Psihoză alcoolică	2,5	4,4	0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

In cadrul spitalizărilor din 1978[x] aproape 1/2 din clasa acestor boli se datoreşte nevrozelor (45,8%) şi cu ponderi mult mai mari la sexul feminin (tabel 53) . După nevroze ur- mează alcoolismul la care adăugînd şi psihoza alcoolică ambele reprezintă 13,6% din spitalizările prin tulbură- rile mintale, cu ponderi mult superi-

x) Situaţia bolnavilor ieşiţi din spitale în 1978 - Min.Sănătăţii, 1979

oare la masculin . Psihozele afective şi alte psihoze mai frecvente la femei ,iar schizofrenia şi oligofreniile mai frecvente la sexul masculin (tabel 53) completează tabloul tulburărilor mintale spitalizate . Dintre acestea, oligofreniile sînt mai frecvente între 5 şi 25 ani, schizofrenia în prima parte a vîrstei active, iar nevrozele şi alcoolismul în perioadele de mijloc a acestei grupe mari de vîrstă (fig. 55) . Pentru spitalizarea tulburărilor mintale din ţara noastră se consumă anual (1978) 4.974 mii zile reprezentînd 9,5 % din spitalizările pentru toate bolile şi durata cea mai mare de internare dintre clasele boli (26 zile) .

Fig.nr.55- Structura pe vîrste a spitalizaţilor prin unele tulburări mintale - eşantion 5,3%-1978



In anul 1980 s-au plătit de asigurările sociale 3,3 milioane zile de incapacitate temporară de muncă pentru bolnavii cu tulburări mintale ce au absentat din producţia socială (locul 8 în cadrul celorlalte clase de boli). Dintre acestea 74,2 % (2,5 milioane zile) au fost absentate datorită nevrozelor mai ales de femei. Împreună cu bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ ele au în 1980 o pondere de 9,09% în cadrul absenteismului prin toate bolile, cu tendinţă de creştere în ultimii 15 ani (tabel 54). In tabloul invalidităţii personalului din producţia socială, tulburările mintale deţin în 1980 locul 2, după boli cardiovasculare (11,9 % din invalizii existenţi datorită bolii), cu ponderi mai mari la sexul feminin şi cu tendinţă de creştere în ultimii 20 ani. Personalul din transporturi şi telecomunicaţii şi din industria textilă şi a confecţiilor au nivele mai mari în invalidare datorită acestei clase de boli .

Tabel 54.- Nivelul şi ponderea incapacităţii temporare de muncă prin tulburări mintale în RSR, 1965-1980.

	Zile i.t.m. la loc personal		Zile i.t.m. pe boli psihice şi sist.nervos la loc din total
	Toate bolile	Tulb.mint. şi boli sist.nerv.	
1965	729,8 %	45,7 %	6,26 %
1970	849,0	78,8	9,28
1975	840,3	81,4	9,69
1980	748,1	68,0	9,09

Mortalitatea prin tulburări mintale din ţara noastră are nivele foarte mici (3 ‰oo) faţă de celelalte ţări europene, ea existînd după vîrsta de 15 ani şi cu nivele mai mari între 35 şi 65 ani şi la sexul masculin (tabel 55) . Ca urmare, în etapa actuală , tulburările mintale sînt importante nu prin pierderile

Tabel 55.- Mortalitatea prin tulburări mintale pe grupe de vîrstă în RSR -1980-

15 - 24	ani	= 0,3 ‰ ooo
25 - 34		= 1,5
35 - 44		= 3,9
45 - 54		= 7,6
55 - 64		= 6,7
65 - 74		= 4,1
75 +		= 3,4
Total		= 3,0
masculin		= 4,5
feminin		= 1,5

de vieţi omeneşti ci prin multiplele implicaţii ce le generează: în familie (pentru îngrijirea bolnavului), în producţia socială (prin absenteism şi invaliditate) , prin consumul medical şi de medicamente de lungă durată şi prin dezvoltarea variatelor forme de asistenţă medico - socială ce le necesită pentru toate vîrstele .

3.5.3.3.- Aspecte de epidemiologie analitică

Studiile epidemiologice, disparate şi de dată mai recentă, efectuate de specialişti din diferite teritorii de pe glob au arătat că bolile din această clasă se pot datora fie acţiunii factorilor ereditari negativi fie sumării efectelor nefavorabile ale factorilor de mediu asupra activităţii creierului (boli infecte - parazitare, substanţe chimice, traumatisme cranio - cerebrale, alcoolism, radiaţii ionizante ş.a.) ce au nocivitate maximă în perioada de creştere a organismului. Aceleaşi cercetări au arătat condiţionarea lor la mediul şi modul de viaţă, de factori psihosociali din familie, loc de muncă sau din centrul populat : oboseala dusă pînă la surmenare , suprasolicitarea intelectuală în instruirea generală şi profesională sau în activitatea ocupaţională fără timpul necesar de adaptare fiziologică, îndeplinirea activităţilor de mari răspunderi cu tracasări intense şi prelungite , fără pregătirea anterioară necesară, transformarea familiei şi locuinţei din factor de protecţie în factor de risc prin instabilitatea, dezorganizarea şi disclimatul familiei, carenţe educaţionale în perioada copilăriei , absenţa sau carenţa în supravegherea şi rezolvarea particularităţilor emoţionale ale adolescenţei, lipsa de pregătire psihologică pentru eşecurile din competiţiile scolarizării şi din activitatea ocupaţională, schimbarea frecventă a mediului şi modului de viaţă prin migrarea internă şi externă etc. Acesti factori de risc psihosociali , frecvent întîlniţi prin trecerea de la un mod tradiţional la un mod accelerat de viaţă, necesită pregătire din perioada copilăriei pentru a-i putea cunoaşte, evita sau depăşi .

Factorii asociaţi sau responsabili de tulburări mintale [x], variaţi ca număr sau ca intensitate, pot fi restrînşi în următoarele grupe (V. Predescu) :

- factori ereditari şi congenitali pentru unele oligofrenii, schizofrenie, psihoze afective, unele forme de epilepsie ;

- factori perinatali, ce ţin de sarcină şi de naştere (placenta praevia,

x) La place d'épidemiologie en psichiatrie-Cahiers de santé publique 16/963 -OMS-

toxemia gravidică, hemoragiile la naştere, avorturile frecvente) pot fi responsabili de apariţia la descendenţi a unor encefalopatii, oligofrenii, epilepsii , tulburări de vorbire, tulburări de comportament etc.;

- factori postnatali (infecţii , intoxicaţii, traumatisme craniocerebrale) din primii ani de viaţă ce pot produce aceleaşi tulburări mintale ca şi factorii perinatali ;

- factori ce ţin de vîrstă : adolescenţa cu sensibilităţile emoţionale particulare, perioada 16 - 25 ani de efort maxim pentru pregătirea profesională, bătrîneţea cu sindroame psihice specifice ce însoţesc aceste boli sau ca rezultat a uzurii organismului ;

- factori sociali (urbanizare, automatizare, complexitatea vieţii sociale) ce impun suprasolicitării nervoase şi endocrine cu caracter continuu atît în activităţile ocupaţionale cît şi în cele zilnice curente cu limitarea posibilităţii de evitare a agentului stresant. Ei favorizează apariţia nevrozelor, a stărilor reactive sau a dezvoltării dezarmonice .

3.5.3.4.- Prevenirea tulburărilor mintale şi asistenţa medicală a bolnavilor

Pe plan mondial, OMS recomandă ca în programele teritoriale de sănătate mintală să se includă în continuare (pe lîngă tulburările psihice din prima etapă 1978 - 1980) : prevenirea tulburărilor neurologice şi psihosomatice, a dependenţei de alcool şi de droguri, integrarea prevenirii şi asistenţei medicale a tulburărilor mintale în activităţile de medicină generală etc. adaptate, ca priorităţi, tabloului teritorial de morbiditate .

In ţara noastră, programele de dezvoltare social - economică şi sanitare au ca obiective finale obţinerea promovării sănătăţii complete a colectivităţilor, inclusiv a sănătăţii mintale. In acest scop, în promovarea factorilor de protecţie şi în limitarea celor asociaţi sau responsabili de tulburări mintale sînt obligate să participe - prin legea 3/1978 - toate sectoarele vieţii social-economice , serviciile medicale şi populaţia. Datorită posibilităţii existenţei diferitelor forme de tulburări a funcţionalităţii mintale la toate vîrstele, îr prevenirea lor şi în asistenţă medicală a bolnavilor participă toate eşaloanele medicale (dispensare, policlinici, spitale) iar asistenţa socială a unor forme de boală este asigurată de unităţi profilate din sistema Ministerului Muncii . Pentru aceasta promovarea sănătăţii mintale, prevenirea şi asistenţa medicală a tulburărilor mintale sînt organizate în ţara noastră prin următoarele principale reglementări şi instrucţiuni tehnice :

- Prevederile legii 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei ;
- Prevederile decretului 246/1958 şi completările ulterioare ;
- Prevederile HCM 121o/197o privind organizarea ergoterapiei în uni-

tăţile medico - sanitare şi de asistenţă socială ;

- Prevederile legii 73/1969 privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante ;
- Normele generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare aprob. prin Ord. MS 56/1974 ;
- Programul de apărare şi promovare a sănătăţii mintale a populaţiei- aprob. prin ord. MS 126/1972 cu modificările prin ord.MS 74/1973;
- Planul de măsuri pe anii 1974 - 1975 şi 1976 - 198o privind apărarea şipromovarea sănătăţii mintale a populaţiei aprob. prin ord.MS 86/974;
- Programul privind liniile de orientare şi principalele obiective ale ocrotirii sănătăţii pe perioada 1981 - 1985 - circulara MS VI/C_1- 5ele/198o, buletin MS - 1/1981 .

In apărarea şi promovarea sănătăţii mintale a populaţiei din ţara noastră, în programul de lungă durată se prevăd următoarele principale obiective :x)

a) Dezvoltarea acţiunilor preventive pentru înlăturarea sau neutralizarea factorilor de risc şi a celor care produc dezordini ale activităţii psihice. In realizarea acestui obiectiv sînt necesare :

- aprecierea prin studiu epidemiologic a morbidităţii şi factorilor ce produc tulburări psihice cu elaborarea programelor de psihoigienă în toate sectoarele de activitate (ocupaţională, şcolară, familiară) ;
- studiul factorilor cu risc de îmbolnăvire psihică în scopul elaborării programelor de prevenţie primară ;
- desfăşurarea activităţilor de psihoprofilaxie prin supravegherea persoanelor cu risc de îmbolnăvire mintală (copii cu suferinţe la naştere, grupe de populaţie cu suprasolicitări etc) ;
- prevenirea întîrzierilor în dezvoltare psihomotorie şi a structurării unor dezvoltări patologice la copii, prin introducerea unor programe diferenţiate de psiho - stimulare ;
- dezvoltarea şi perfecţionarea activităţilor educativ sanitare de igienă mintală şi psihoprofilaxie cu prioritate pentru copii şi tineret .

b) Depistarea precoce a îmbolnăvirilor şi tulburărilor psihice - mai ales la copii şi tineret - în scopul prevenirii apariţiei formelor grave sau a instalării dependenţei sociale, prin :

- introducerea examinării sănătăţii mintale în cadrul examenului medical la intrare şi la controlul periodic în şcoli, la angajare în profesiuni cu înalt nivel de tehnicitate şi de responsabilitate ;
- dispensarizarea grupelor de populaţie cu condiţii de suprasolicitare a bolnavilor psihici recuperaţi şi reîncadraţi .

d) Dezvoltarea şi îmbunătăţirea asistenţei de psihiatrie cu prioritate a celei ambulatorii în vederea obţinerii unei recuperări precoce ;

x) Extrase din :"Programul de apărare şi promovare a sănătăţii mintale".Buletin MS 4/1972.

- organizarea laboratoarelor de sănătate mintală , a staţionarelor de zi (cu ateliere de ergoterapie) diferenţiate pentru adulţi şi copii şi a staţionarelor de noapte (pe lîngă secţiile sau spitalele de psihiatrie) ;

- dezvoltarea capacităţii de spitalizare pentru bolnavii acuţi şi cu evoluţie prelungită (adulţi şi copii) ;

- organizarea unor unităţi sanitare pentru tratamentul nevrozelor ;

- îmbunătăţirea asistenţei bolnavilor psihici periculoşi ;[x)]

- modernizarea spitalelor de psihiatrie şi neuropsihiatrie existente ;

- asigurarea cadrelor (medici, psihologi, cadre medii etc) necesare unităţilor de psihiatrie, formarea şi perfecţionarea acestora ;

d) Imbunătăţirea activităţii de recuperare profesională şi socială a bolnavilor psihici :

- expertizarea capacităţii de muncă a deficienţilor şi unor categorii de bolnavi psihici pe baza de criterii obiective şi unitare ;

- îmbunătăţirea condiţiilor de muncă a bolnavilor psihici recuperaţi sau parţial recuperaţi şi înfiinţarea atelierelor protejate de producţie şi a cooperativelor de invalizi psihici .

3.5.3.5.- Organizarea prevenirii tulburărilor mintale şi a asistenţei medicale a bolnavilor

In România, prevenirea tulburărilor mintale şi asistenţă medicală a bolnavilor psihici are următoarea structură organizatorică :

a) Servicii ambulatorii

- centrul sau laboratorul de sănătate mintală ;
- serviciul de psihiatrie din policlinică (în structura organizatorică a laboratorului de sănătate mintală) ;
- dispensarul de medicină generală (teritorial, şcolar, din întreprinderi)

b) Unităţi semiambulatorii (cu spitalizare parţială)

- staţionarul de zi ;
- staţionarul de noapte ;

c) Unităţi spitaliceşti .

- spitalul de psihiatrie ;
- secţia de psihiatrie din spitalele generale

(a) Serviciile medicale ambulatorii asigură supravegherea sănătăţii şi asistenţa medicală în perioadele de pre şi postspitalizare în teritoriu, şcoli şi întreprinderi .

---

x) Art. 114 din Codul Penal şi Decretul 12/1965 .

In prevenirea bolii şi asistenţa medicală a bolnavilor această unitate sanitară de bază (dispensarul medical) are următoarele atribuţii :

- depistarea precoce şi înregistrarea bolnavilor (cu confirmarea prealabilă a serviciului de specialitate) ;
- controlul medical periodic al bolnavilor (pentru localităţile rurale şi care nu au serviciu de specialitate în policlinică) ;
- asistenţa medicală şi socială la domiciliu ;
- tratamentul de întreţinere şi supravegherea executării tratamentului ;
- asigurarea legăturii cu serviciul de specialitate din teritoriul arondat .-

Dispensarul de medicină generală, serviciul de specialitate din policlinică şi mai recent laboratorul de sănătate mintală din marile centre urbane (cu teritoriu judeţean) realizează aplicarea programului teritorial de sănătate mintală. Prin echipa sa complexă (medici, psihologi, sociologi, defectologi, jurist , cadre medii etc) laboratorul de sănătate mintală asigură atît asistenţa medicală de specialitate cît şi coordonarea acţiunilor şi a activităţilor din programul teritorial. Prin poziţia (situat între familie, colectivitate ocupaţională şi spital) şi tehnicitatea sa, laboratorul de sănătate mintală asigură accesibilitatea, operativitatea şi continuitatea în asistenţa bolnavilor şi în prevenirea bolii în populaţie .

In prezent, pe plan mondial şi în ţara noastră se urmăreşte dezvoltarea serviciilor ambulatorii şi a celor semiambulatorii pentru avantagiile multiple ce le oferă şi anume :

- permit bolnavilor (exceptînd cei nedeplasabili pentru boli asociate) să-şi desfăşoare activităţile profesionale şi sociale restante şi evită stigmatizarea pe care anturajul i-o dă celui spitalizat ;
- asigură tratamentul complex (medicamentos, ergoterapic, psihologic) la un număr mare de bolnavi cronici ce pot trăi în mediul familial şi care pot desfăşura o activitate profesională ;
- costul acestor îngrijiri medicale este mult mai mic decît ce al spitalizării continue pentrucă scurtează sau înlocuieşte durata internării în spital .

(b) Unităţile semiambulatorii (cu spitalizare parţială)[x] sînt organizate de dată recentă pentru cazurile ce nu necesită spitalizare permanentă şi care necesită tratament şi îngrijire medicală, cu sau fără spitalizare prealabilă sau care pot fi ulterior spitalizaţi. Pentru decompensări în evoluţia bolii se foloseşte staţionarul de zi, - separat pentru adulţi şi copii - în care bolnavul se întoarce zilnic la domiciliu după tratament medicamentos şi (sau ergo-

x) OMS- Euro, 54o8/1972 şi Chronique OMS 31/1977 pag. 8o

terapie, iar pentru pacienţii care vor sau trebuie să fie izolaţi de familie se foloseşte staţionarul de noapte (aşa cum sînt alcoolicii care trataţi pot evita fenomenele matinale se sevraj) .

(c) Spitalul şi secţia de psihiatrie asigură diagnosticul şi tratamentul bolnavilor ce nu se pot rezolva ambulator şi asigură coordonarea tehnică în elaborarea, aplicarea şi evaluarea programului teritorial de sănătate mintală. Evoluţia spitalului de psihiatrie de la " izolator" al bolnavilor psihici la unitate medicală " deschisă" asigură reconsiderarea creditului şi aprecierii lui de către populaţie. Ataşarea din ultimii ani a serviciilor medicale semiambulatorii ce tind să se fie organizate în multe teritorii ajută în această reconsiderare. Specialiştii consideră ca necesar pentru populaţie 2,5 paturi p.1000 loc. dar această asigurare trebuie corelată cu nivelul şi structura morbidităţii teritoriale prin tulburări mintale şi cu capacitatea şi tehnicitatea unităţilor ambulatorii şi a celor semiambulatorii. Tara noastră are o asigurare de 1 pat p. 1000 loc sau 22.300 paturi de psihiatrie (la 1 ian.1981) completată cu un sistem teritorial de servicii ambulatorii şi semiambulatorii .-

Intr-o primă fază a unui studiu OMS în Europa - inclusiv în România- rezultă, pentru început, existenţa şi grad de folosire diferite a celor trei forme organizatorice de asistenţă psihiatrică : serviciul medical ambulator, unităţi semiambulatorii (staţionarul de zi) şi spitalul sau secţia de psihiatrie. Nivelele de morbiditate obţinute sînt determinate nu numai de morbiditatea reală din populaţii ci mai ales de existenţa acestor forme organizatorice şi de capacitatea lor de funcţionare cît şi de celelalte elemente ale accesibilităţii şi adresabilităţii la asistenţa medicală psihiatrică. Dintre aceste trei forme organizatorice staţionarul de zi prezintă mai mari avantagii atît pentru bolnavii cronici (accesibilitate), familie cît şi pentru colectivitate (cost redus, cuprinderea unui număr mai mare de bolnavi în supraveghere şi tratament)

Tabel 55 bis - Bolnavi psihici asistaţi în spital, staţionar de zi şi în servicii ambulatorii în zone pilot O M S din Europa

Forma de asist. med. / Zone pilot	Bolnavi la 1000 locuitori		
	Internaţi în spit.	Staţ. de zi	Consult. în serv. ambul.*)
1. Anglia	1,49	1,25	0,81
2. Elveţia	1,97	1,84	3,82
3. Finlanda	6,73	1,03	3,59
4. Italia	3,20	0,17	...
5. Iugoslavia	0,66	-	0,70
6. Norvegia	2,90	0,44	1,23
7. Olanda	4,59	3,38	0,41
8. R.F.Germania	1,91	0,12	0,21
9. România	2,37	0,07	1,33
10. Scoţia	3 71	0,72	1,08
11. Spania	0,60	-	0,21

*) în săptămîna studiată ; ... lipsă date ;
Sursa : Santé du Monde, oct.1982, pg. 20

55 bis.

3.5.4.- TRAUMATISMELE SI OTRAVIRILE CA PROBLEMA MEDICO-SOCIALA

3.5.4.1. Aspecte generale, participarea lor la morbiditatea şi la implicaţiile asupra sănătăţii colectivităţilor

Leziunile traumatice şi otrăvirile sînt grupate ca o clasă separată în CIB [x] pentru a le caracteriza natura medicală şi cauzele lor externe, necesare prevenirii şi tratamentului rănirilor şi altor consecinţe ale accidentelor. După natura lor cuprind : leziunile traumatice, arsurile, otrăvirile şi intoxicaţiile, complicaţiile datorită actelor medico - chirurgicale etc, iar după cauzele ex - terne ce le produc aceleaşi evenimente sînt grupate în : accidente de transport, de muncă, casnice, prin foc, electrocutări, căderi, sinucideri şi omucideri etc.

Totuşi, nici una din aceste grupări nu relevă suficient factorii sociali sau socio - economici (condiţii de viaţă sau muncă, condiţii naturale, relaţii interpersonale, nivele de instrucţie etc) necesari pentru măsuri din partea colectivităţii .

In ultimă instanţă, efectele acestora sînt tot alterări ale sănătăţii: leziuni corporale sau/şi organice de intensităţi, întinderi şi urmări variate - de la simple la cele care pun în pericol viaţa sau funcţia unui organ. Odată cu consecinţele personale (incapacitate, infirmitate) produc şi importante implica - ţii familiale, sociale şi economice prin absenteismul de la îndatoririle de familie şi din producţia socială, prin consumul medical şi financiar necesare recuperării funcţionale şi prin deces prematur (reduc durata medie a vieţii cu 1-2 ani). Pentru toate aceste considerente traumatismele şi otrăvirile se studiază în ca - drul morbidităţii şi mortalităţii teritoriale .

Faţă de boli, ele au o etiologie distinctă şi o repartizare specifică după cauze - pe teritorii, sexe, vîrste, ocupaţii etc. Ele se petrec oriunde (în familie, în şcoli, pe stradă, în industrie etc) şi survin în circumstanţe bine definite, au agenţi cauzali cu factori ce le condiţionează acţiunea mai uşor de cunoscut, ceea ce face ca epidemiologia lor să fie mai accesibilă ca în bolile cronice .

Cunoaşterea actuală a tuturor cazurilor noi de traumatisme şi otrăviri dintr-un teritoriu este incompletă întrucît la dispensarele medicale (teritoriale, şcolare, din întreprinderi) - unde funcţionează sistemul informaţional sanitar - se adresează cazurile care nu se pot rezolva de anturaj sau nu necesită spitalizare.

---

x) Clasificaţia Internaţională a Bolilor, Traumatismelor şi Cauzelor de Deces - O M S , revizia IX-a, 1977 .

Ca urmare se cunosc mai bine formele medii şi grave (prin consultaţii, spitalizări sau decese) şi consecinţele lor (absenteismul de la şcoală, din producţie, infirmităţile, invaliditatea) ce reprezintă baza analizei nivelelor şi cauzelor, în majoritatea teritoriilor de pe glob. Creşterea frecvenţelor formelor medii şi grave - din ultimile decenii - şi extinderea lor teritorială au contribuit mai mult ca formele supraacute a celorlalte clase de boli la creierea, dezvoltarea şi perfectarea organizatorică a primului ajutor şi a asistenţei medico - chirurgicale de urgenţă .

Cele mai răspîndite în etapa actuală sînt : accidentele de circulaţie rutieră, accidentele casnice (răniri, arsuri, electrocutări etc.- cu 3o % din mortalitatea tuturor accidentelor), accidentele de muncă (85 % din salariaţii teritoriilor dezvoltate sînt expuşi la unul sau mai multe accidente cu incapacitate de muncă pe durata vieţii profesionale), accidentele în drum spre muncă, accidentele din agricultură (mecanice, chimice, răniri provocate de animale etc), căderi, intoxicaţii voluntare sau involuntare ş.a. după teritorii .

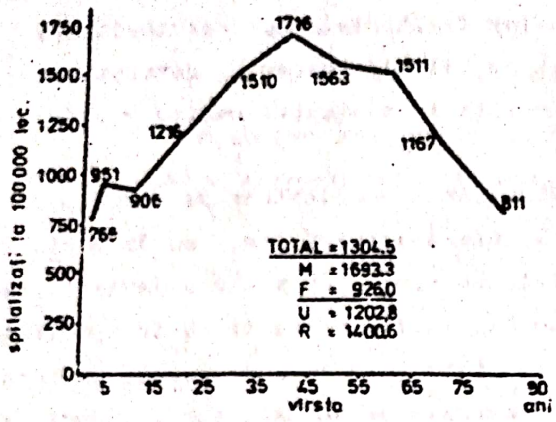
Cu menţiunea cunoaşterii incomplete, anual în România se înregistrează în dispensarele medicale 273.ooo cazuri noi (1978) de traumatisme şi otrăviri sau o incidenţă anuală de 125o%ooo, ce are o pondere de 6,3% (locul 8) în totalul noilor îmbolnăviri. Dintre acestea ponderea cea mai mare o au căderile, accidentele din industrie, cele prin foc şi cele prin vehicol cu motor (tabel 56) .- In ţara noastră, se spitalizează anual (1978) 285 mii traumatisme şi otrăviri (13o5 cazuri p.loo.ooo loc), cu un consum de 2.96o mii zile de spitalizare (5,6% din total rang 6) şi 352,4 milioane lei (2,6 % din bugetul sanitar). Decesele prin traumatisme şi otrăviri deţin locul 3 în mortalitatea din spitale, după bolile cardiovasculare şi respiratorii . Sînt interesate toate vîrstele şi ambele sexe, dar frecvenţele mai mari sînt între 25 şi 65 ani, la sexul masculin (aproape de două ori mai multe ca la feminin) şi la populaţia rurală (fig. 56) . Traumatismele şi otrăvirile (de toate cauzele) la vîrstele active produc importante pierderi economice : 8.o17 mii zile de concediu medical în 198o pentru toate ramurile economiei, ocupînd locul 2 după bolile aparatului respirator . Atît nivelul incapacităţii temporare de muncă prin traumatisme cît şi ponderea în totalitatea concedîului medical pentru boală în ultimii 15 ani au tendinţă de creştere, de la 8o,5 în 1965 la 1o9,2 zile p. loo

Tabel 56.- Structura cazurilor noi prin traumatisme şi otrăviri în anul 1978 în Romăuia (la loo din totalul clasei)

- căderi	42,5%
- alte accidente, incl. cele casnice (prin înţepări, sufocări, arsuri, electrocutări, corpi străini, înec etc)	41,5
- accidente din industrie	9,4
- accidente prin foc	3,5
- accidente prin vehicol cu motor	1,7
- otrăviri	1,2
- accidente sau complicaţii ale actelor medico - chir.	o,2

personal în 198o şi respectiv de la 11,o % la 14,6 zile prin traumatisme din totalul concediului medical în 198o (tabel 57) . Din acestea accidentele de muncă reprezintă 14,5 %. Frecvenţa şi gravitatea traumatismelor la populaţia de vîrste active sînt mai mari la sexul masculin şi cresc odată cu vîrsta (tabel 58) . Pentru aceleaşi vîrste active numai în - firmităţile cu invaliditate datorită accidentelor de muncă ocupă locul 9 în tabloul morbidităţii cu invaliditate (198o), o altă parte a invalidităţii prin traumatisme fiind inclusă la alte clase de boli (locomotorii, neurologice, oculare etc) .

Fig.56- Spitalizaţi prin accidente otraviri şi traumatisme pe grupe de vîrstă în R.S.România - 1978



Tabel 57.- Nivelul şi ponderea absenteismului din producţie prin traumatisme în România (toate ramurile econ.)

	Zile la 1oo personal	Zile concediu med. prin traumatisme din 1oo zile prin toate bolile
- 1965 -	8o,5	11,o %
- 197o -	89,8	1o,6
- 1975 -	9o,8	1o,8
- 198o -	1o9,2	14,6

In tabloul mortalităţii, traumatismele şi otrăvirile în ţările dezvoltate economic constituie a 3-a sau a 4-a cauză de letalitate , iar la grupele adulte chiar prima sau a doua cauză. Nivelul mortalităţii are tendinţă de creştere cu o rată mică dar constantă şi variază pe teritorii şi vîrste în raport de cauzele ce contribuie la producerea lor . In Europa şi alte cîteva ţări mortalitatea este cuprinsă între 4o şi 115 decese p. 1oo.ooo loc.(tabel 59), România ocupînd un loc intermediar. Structura pe cauze e particulară fiecărei ţări prin factorii social-economici ce le determină. Astfel în unele teritorii ponderea mai mare a mortalităţii este dată de sinucideri şi omucideri (SUA, Japonia, Ungaria, Danemarca, Elveţia, RDG, Finlanda, RFG ş.a.), iar în alte teritorii căderile (Norvegia, Suedia, Franţa) şi accidentele prin vehicol cu motor (Austri,a Belgia, R.F.Germania, Italia, Olanda, Grecia, Spania, S.U.A., Australia, Anglia ş.a.) dau ponderea cea mai importantă de decese

Tabel 58.- Zile concediu medical prin traumatisme p.1oo personal (toate ramurile economice) pe sexe şi grupe de vîrstă în România - 198o x)

	M	F
- sub 25 a n i	161	61 %
25 - 34	162	62
35 - 44	169	77
45 - 54	225	128
55 +	16o	1o3

x) Sursa : Studiul incapacităţii temporare de muncă pe anii 1979 şi 198o- eşantion - Min. Sănătăţii, CCSS, 1981 .

(tabel 59) . In schimb, aproape în toate teritoriile nivelele mortalităţii cresc cu vîrsta după 25 de ani, vîrstele active şi avansate imprimînd şi nivelele mari ale mortalităţii teritoriului. Sexul masculin în mod obişnuit are o supramortalitate, pînă la dublă sau triplă faţă de sexul feminin. (tabel 59) .

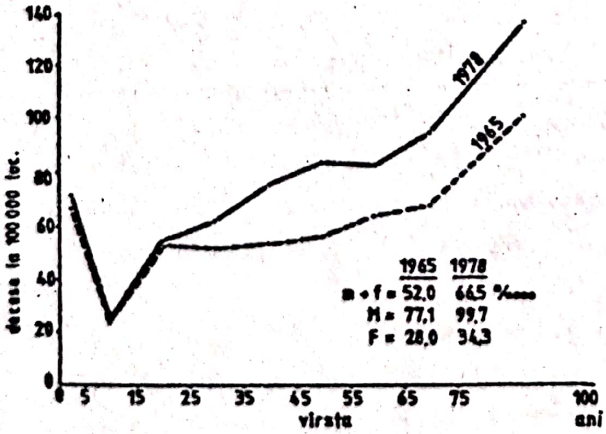
Tabel 59 - MORTALITATEA PE SEXE, GRUPE DE VIRSTA SI CAUZE PRIN TRAUMATISME SI OTRAVIRI IN UNELE TARI - 1978 - la 100000 loc

Tara / Sexul, virsta, cauza		Total			M + F				veh. mot.	otraviri	căderi	accid. în ind.	sinucideri omucid.
		M+F	M	F	0-4	5-24	25-54	55+					
1. Ungaria		114,4	148,1	82,7	25,1	35,6	94,3	277,6	19,8	2,5	29,4	3,7	45,3
2. Austria		96,2	128,5	67,2	32,6	52,6	78,4	193,4	28,9	1,2	26,2	3,2	26,2
3. Franţa	1976	93,0	114,8	72,1	32,7	46,5	68,6	219,0	23,3	1,2	26,6	1,2	16,7
4. Finlanda	1975	86,0	133,7	41,3	26,8	48,7	94,6	148,2	19,4	6,1	9,4	2,7	28,6
5. R.D.G.	1974	85,8	101,7	72,1	27,6	34,0	62,0	198,0	14,6	6,0	18,5	1,6	36,6
6. Cehoslovacia	1975	81,9	108,9	56,3	34,0	39,3	98,0	188,0	18,8	4,9	18,0	2,7	23,2
7. Belgia	1976	78,5	94,5	65,1	38,3	40,4	56,4	180,2	25,1	2,7	19,6	0,9	17,5
8. Polonia		74,7	117,3	34,4	35,2	41,5	88,5	126,6	...	...	...	...	14,6
9. R.F.G.		74,5	93,9	56,9	42,3	45,5	60,1	138,9	23,1	0,5	15,8	1,5	23,4
10. Suedia		74,2	94,8	53,9	10,5	30,2	62,3	147,9	13,1	3,4	20,9	1,2	20,8
11. Elveţia		72,2	98,0	47,7	24,6	40,5	56,2	153,2	20,2	0,9	16,4	2,1	24,8
12. România		66,5	99,7	34,3	74,2	39,1	75,9	103,4	...	...	...	...	...
13. Danemarca		65,3	79,6	51,3	15,7	32,1	54,4	135,2	16,9	2,0	13,9	0,8	23,8
14. Bulgaria	1977	61,0	91,8	30,4	40,8	32,2	59,8	110,7	13,2	2,9	6,5	4,2	16,8
15. Norvegia		59,0	74,6	43,8	24,3	30,6	42,8	125,3	11,4	1,5	20,6	1,4	12,4
16. Italia	1975	53,8	72,0	36,4	16,9	28,1	38,6	131,6	21,5	0,8	17,0	1,8	6,9
17. Grecia		50,1	64,2	36,6	24,6	26,9	37,4	113,6	20,9	0,8	13,4	1,4	3,6
18. Olanda		46,3	55,5	37,3	23,1	27,7	32,4	111,5	16,7	0,7	12,4	0,8	10,5
19. Spania	1976	41,9	59,9	24,6	18,4	23,6	40,0	87,0	16,9	0,7	7,3	1,7	4,6
20. Anglia + T.Gal.	1977	41,3	47,6	35,3	18,3	23,6	32,1	81,0	11,9	1,6	9,6	1,3	8,9
21. S.U.A.	1977	72,2	105,9	40,4	34,2	57,3	75,6	106,9	22,9	2,3	6,4	2,6	22,5
22. Australia	1977	61,9	85,1	38,6	30,0	50,5	58,0	107,4	27,2	1,2	8,2	2,0	13,0
23. Japonia		46,6	64,5	28,8	35,5	24,2	42,6	100,6	10,5	0,7	3,9	2,0	18,7

... lipsesc date
Sursa : Ann. St. Sanit. Mondiales - O.M.S.

In România, traumatismele şi otrăvirile produc anual 14,9oo decese, cu o mortalitate de 67,1%ooo (198o) şi o letalitate de 6,4 %, a IV-a cauză de deces în tabloul mortalităţii populaţiei, după boli cardiovasculare, tumori şi boli respiratorii . Nivelele mortalităţii prin traumatisme şi otrăviri cresc cu rate anuale mici, dar constante, şi păstrează supramortalitate de 2,8 - 2,9 ori pentru sexul masculin în ultimii 14 ani (fig.57) . Repartizarea lor pe grupe de vîrste are cîteva caracteristici principale: nivele mai mari decît în majoritatea ţărilor europene la grupa o - 4 ani - tabel 59- (prin intoxicaţii cu pesticide, accidente de circulaţie, arsuri şi sufocări), creşterea mortalităţii odată cu vîrsta după 15 ani şi faţă de nivelele anterioare (1965) şi ocupă primul loc în tabloul mortalităţii la vîrstele între 15 şi 44 ani (fig.57). Acest ultim aspect este datorită accidentelor de circulaţie, celor casnice şi traumatismelor din industrie, intens desvoltată în această perioadă în ţara noastră. La aceste particularităţi - importante pentru măsuri complexe social - economice de prevenire - se adaugă supramortalitatea masculină cu nivelele cele mai mari mai ales la vîrstele economic active, ce depăşesc supramortalitatea masculină chiar prin boli cardiovasculare şi tumori (fig. 58) - Aceasta face ca mortalitatea prin traumatisme şi accidente să contribuie - în ţara noastră - la reducerea duratei medii a vieţii populaţiei mai ales pentru

Fig 57 - Mortalitatea pe grupe de virste prin traumatisme si otraviri in RS România

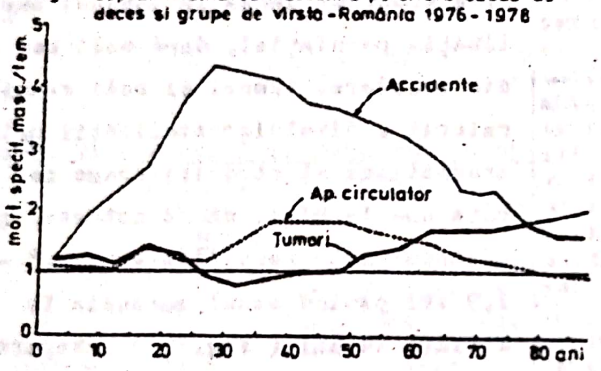


Sursa: Ann. St. Sanit. Mondiales - OMS

sexul masculin (masc.- 2,1 şi fem. o,8 ani)[x] şi la importante implicaţii economice şi cheltuieli financiare din bugetul statului şi al familiei .

Factorii cauzali pentru traumatisme şi otrăviri sînt particulari fiecărei subclase : căderi, otrăviri, accidente de circulaţie, prin foc , înec ,dependenţă de droguri , omucideri şi sinucideri etc. Ei sînt complexi, asociindu-se variat la vîrste , sexe, ocupaţii şi caracterizează nivelul şi etapa de dezvoltare social - economică şi culturală a fiecărui teritoriu . In prevenirea şi reducerea frecvenţei , gravităţii şi implicaţiilor lor multiple participă - în raport cu factorii cauzali ce trebuie cunoscuţi - toate sectoarele vieţii social - economice colecttivităţii, în care apărarea propriei sănătăţi , responsabilitatea şi educaţia îşi aduc o mare contribuţie . Frecvenţa lor în creştere, consecinţele pentru sănătate - unele de lungă durată,letalitatea cu tendinţă de creştere (mai ales a accidentelor de circulaţie, din industrie şi a intoxicaţiilor de orice fel) impun serviciilor medicale asigurarea unui sistem teritorial de asistenţă medicală adecvat organizat la toate eşaloanele, cu competenţe şi dotări ce să răspundă prin operativitate şi calitate în rezolvarea primară a cazurilor (inclusiv în catastrofele feroviare , aeriene, în caz de cutremure şi inundaţii) . Acest sistem necesită să aibă la baza lui organizarea în populaţie a unui subsistem instruit de prim ajutor, autoajutor şi ajutor reciproc ce să funcţioneze în familie, - şcoală - loc de muncă - în vehicole - eficient prin rezolvare şi prin adresabilitate la serviciile medicale .

Fig58-Supramortalitatea masculina pe citeva cauze de deces si grupe de virsta-România 1976-1978



3.5.4.2.- Accidentele în circulaţie - problemă de sănătate-

a) Importanţa lor pentru sănătate şi colectivitate

Prin accidente de circulaţie se înţeleg - în mod curent - traumatismele prin autovehicole sau mai exact [xx] "traumatismele provocate de către un vehicol cu motor pe o cale rutieră publică", excluzîndu-se cele provocate de tren , vapor, aeronavă sau alte vehicole rutiere .

Prin numărul şi tendinţa lor de creştere - mai mare ca a altor traumatisme sau boli - prin leziunile complexe concomitente ce interesează toate vîrstele şi prin consecinţele multiple - accidentele de circulaţie ocupă din ce în ce mai mult un loc important în problematica de sănătate a colectivităţilor .

Chiar în cadrul clasei traumatismelor , ele au o epidemiologie distinctă,

x) World Health Statistic Rapp.vol.25 - 5/1972 .
xx) Clasificaţia Internaţională a Bolilor, Traumatismelor şi Cauzelor de Deces - OMS, revizia IX, 1977 .

factorii cauzali asociindu-se " neaccidental " vehicolului cu motor, ceea ce permite studierea şi găsirea mai lesnicioasă soluţiilor de prevenire a efecte - lor lor .

In perioada sa de aproape un secol de existenţă, vehicolul cu motor şi-a dezvoltat şi şi-a diversificat industria, a determinat apariţia şi dezvoltarea alttor sectoare în activitatea social - economică (combustibil, servicii de întreţinere şi reparaţii, căi rutiere, servicii de dirijare a circulaţiei, industria turismului etc) , revoluţionînd transporturile rutiere şi aducînd mari servicii umanităţii . Creşterea " explozivă" a numărului lor (pe glob în perioada 1945 - 1975 populaţia a crescut de 1,3 ori iar numărul lor a crescut de 7 ori) şi a vitezei de circulaţie au provocat - din nefericire, pentru cel care l-a conceput şi-l perfecţionează continuu - un mare număr de răniţi, de infirmi şi decese (mai multe decît cele mai groaznice flagele) şi importante pagube pentru colectivitate . De la primele două accidente petrecute în Anglia (1896) şi cel de al treilea în SUA (1899), accidentele de circulaţie dau acum anual pe glob peste lo milioane de răniţi cu 25o mii decese x) şi consumă 1 % din produsul naţional brut la cele mai multe din ţări, indiferent de stadiul lor de dezvoltare economică. In SUA, ele sînt de două ori mai numeroase decît cazurile de boli transmisibile, iar în perioada 19oo - 1964 au provocat de 52 ori mai mulţi răniţi şi de 2,6 ori mai multe decese decît războaiele. Accidentul de circulaţie e considerat azi ca un " ucigaş tolerat" ce nu scuteşte pe nimeni .

b) Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică

Prin numărul şi rata mare de creştere din ultimile patru decenii, prin gravitatea consecinţelor, prin repartizarea lor pe teritorii, vîrste, sexe, ocupaţii etc şi prin circumsctanţele în care se produc - accidentele de circulaţie apar ca un aspect epidemic nou de " epidemie traumatică rutieră ". Spre deosebire de unele boli, mărimea şi aria ei fiind proporţională cu nivelul de trai material . Studiile complexe multidisciplinare au elucidat din factorii lor principali, iar măsurile luate au redus din frecvenţe şi gravităţi , dar nu au găsit încă soluţia " automobilului nemortal", al autovehicolului ce nu asociază numeroasele pierderi de vieţi omeneşti la incontestabile avantagii ce le aduce omenirii . Ele sînt mai frecvente în teritoriile dezvoltate economic, unde şi autovehicolele sînt proporţional mai numeroase . Dar nu fac excepţie nici teritoriile în curs de dezvoltare unde parcul auto avînd o dezvoltare rapidă, rata în creştere a frecvenţei lor a început să creieze noi probleme de sănătate .

Evenimentele de circulaţie rutieră cu implicaţii asupra sănătăţii sînt de o mare varietate, ca gravitate şi forme de leziuni. Cele mai simple, rezolvîndu-se de accidentat sau de anturaj, nu ajung la serviciile medicale ; unele for-

x) Chronique OMS nr. 3o/1976 pag. 345 şi nr. 33/1979, pag. 4o2 .

me medii se adresează serviciilor medicale ambulatorii sau spitalicești din apropierea locului accidentului, iar cele grave - transportate sau nu de ambulanțele sanitare - ajung direct spitale (inclusiv decesele) .

Ca urmare, incidența lor (pentru o durată de timp într-un teritoriu) nu se poate cunoaște cu exactitate, iar prevalența se poate aprecia numai prin studii pornind de la sechelele ce le produc . Cunoașterea aspectelor lor de morbiditate se bazează mai mult pe formele ce necesită spitalizare, absenteism din producție, pensie de invaliditate și mai ales pe decese .

După studiile OMS [x] la un deces prin accidente de circulație ar reveni 1o - 15 grav răniți și 3o - 4o persoane cu leziuni ușoare ; riscul de a muri prin accident de circulație pentru vîrstele active este de trei ori mai mare ca prin boli, decesele prin accidente de circulație a vîrstelor 2o - 3o ani reprezintă 2/3 din accidentele mortale și 1/3 din cauzele mortalității generale . In Franța [xx] la 253.ooo accidente de circulație(în 1976) au fost 35o.ooo răniți cu 15.ooo decese sau la loo accidente au revenit 138 răniți și 6 decese (4,3 decese p.loo răniți), iar la numărul de vehicole și pasageri/km parcurși au revenit :

- 81,o răniți la loo milioane pasageri/km ;
- 5,7 decese la loo milioane vehicol/km ;
- 3,5 decese la loo milioane pasageri / km .

Sexul masculin deține o frecvență dublă și o mortalitate triplă, cu frecvența de răniți cea mai mare la 15 - 19 ani și de mortalitate la 2o-24 ani .

In Europa occidentală, pietonii încep să aibă frecvențe mai mici decît conducătorii și pasagerii .

In unele țări, aproximativ 1o % din paturile principalelor spitale sînt ocupate de traumatismele prin accidentele de circulație și în toată lumea accidentații pun importante probleme de consum medical, de recuperare funcțională și reorientare profesională .

Accidentele de circulație produc o pondere apreciabilă în totalul invalidității la adulți cu însemnate pierderi economice. In R.F. Germania, pierderile economice prin cele 5 milioane accidentați anual se ridică 2o miliarde mărci (aproape 1/4 din bugetul federal [xxx]) .

In țările dezvoltate decesele [xxxx] prin accidentele de circulație constituie a 3-a sau a 4-a cauză de deces, cu o pierdere între 18 % (Suedia) și 47 %

---

x) OMS - Euro o147/1969, pag. 3
xx) Rev. Population, 6/1977, pag. 124o
xxx) Chronique OMS - 27/1973, pag. 314.
xxxx) Deces prin accident de circulație : persoana omorîtă în momentul accidentului sau persoana care a murit datorită leziunilor în următoarele 3o zile de la accident - Statistiques des accidents de la circulation routière en Europe, 1973, New York, Nations Unies , 1974 , Anexe I : Définitions et notes generales .-

(SUA) în mortalitatea produsă de toate traumatismele şi otrăvirile. Nivelele cele mai mari de mortalitate (1978) sînt în Austria, Belgia, Franţa , R.F.Germania, SUA, Australia şi mai mici în Suedia, Anglia, Norvegia, Japonia (tabel 6e). Supramortalitatea masculină (de 2 - 3 ori faţă de feminin), interesarea tuturor vîrstelor cu nivelele cele mai mari la cele avansate şi la tineri (mai ales în Danemarca, Olanda, RFG, Australia ş.a.) se găsesc în toate teritoriile (tabel 6e) .

Tabel 60- MORTALITATEA PRIN ACCIDENTE DE CIRCULATIE, PE SEXE SI GRUPE DE VIRSTE IN UNELE TARI-1978 (la 100000 locuitori)

Sexul, virsta / Tara		Total			M+F			
		M+F	M	F	0-4	5-24	25-54	55+
1. Austria		28,9	45,1	14,4	9,4	31,2	25,4	36,1
2. Belgia		25,1	37,0	13,6	9,1	27,1	19,8	32,2
3. Franţa	1976	23,3	35,4	11,6	5,6	24,0	22,3	29,7
4. R.F.G.		23,1	33,8	13,3	8,6	28,2	17,9	28,0
5. Italia	1975	21,5	34,2	9,4	6,2	17,3	19,3	36,5
6. Grecia		20,9	31,5	10,8	8,0	17,8	21,5	28,5
7. Elveţia		20,2	30,7	10,3	7,9	19,4	14,1	35,2
8. Ungaria		19,8	30,2	9,9	5,0	13,9	18,8	33,7
9. Finlanda	1975	19,4	28,4	11,1	7,0	18,9	15,4	32,3
10. Cehoslovacia	1975	18,8	28,0	10,0	5,9	15,2	24,5	31,9
11. Danemarca		16,9	24,9	9,1	5,3	20,3	7,8	26,7
12. Spania	1976	14,9	25,6	8,6	6,0	12,6	18,1	27,3
13. Olanda		14,7	24,5	8,9	5,5	19,4	12,2	24,1
14. R.D.G.	1974	14,6	22,4	7,8	3,9	15,5	11,9	19,9
15. Bulgaria	1977	13,2	20,1	6,3	5,8	8,6	15,1	18,3
16. Suedia		13,1	18,4	7,9	3,6	13,4	9,9	19,5
17. Anglia+T.Gal.	1977	11,9	17,1	7,0	4,0	14,3	8,0	15,9
18. Norvegia		11,4	16,1	6,8	5,8	13,8	7,2	15,9
19. Australia	1977	27,2	39,9	14,3	9,3	33,6	22,0	32,5
20. SUA	1977	22,9	34,0	12,3	9,7	27,4	21,5	21,9
21. Japonia		10,5	16,2	5,0	7,1	9,7	8,2	19,7

Sursa: Ann. St. Sanit.Mondiales - OMS

In România situaţia este mai puţin îngrijorătoare ca în alte ţări europene, dar creşterea autovehicolelor şi mai ales a autoturismelor şi numărul de accidente ce-l produc au determinat preocupări din partea multor sectoare social - economice. Anual se înregistrează 23 accidentaţi p.100.000 loc. ce necesită asistenţă medicală şi 9 decese p. 100.000 loc. Ca nivele anuale, ele au tendinţă de creştere, dar raportate la numărul de autovehicole proporţia lor este în scădere . Sexul masculin şi pietonii au frecvenţe mai mari, iar teritoriile cu un număr mare de autovehicole şi cu un turism dezvoltat (municipiul Bucureşti, judeţele Ilfov, Constanţa, Prahova, Braşov, Timiş etc) au frecvenţe ridicate. Cele mai multe din accidente se produc în lunile de vară - toamnă (fig. 59), în zilele de sîmbătă şi luni (fig. 60) şi în amurg (fig. 61) . Ponderea cea mai mare a accidentelor are loc în oraşe, 48 % (unde problema cea mai importantă e cea a pietonului) , urmată de localităţi rurale cu 28 % , iar 24 % se produc în afara localităţilor .

Fig.59-Repartiţia accidentelor de circulaţie pe luni calendaristice în România, 1970-1974

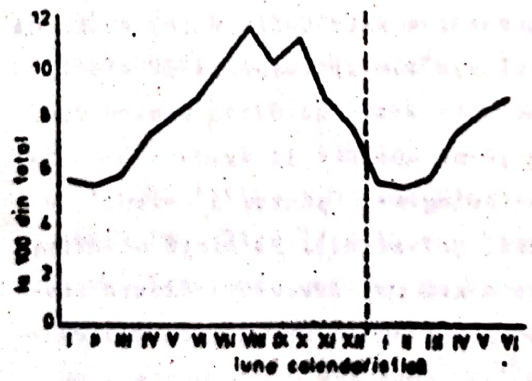
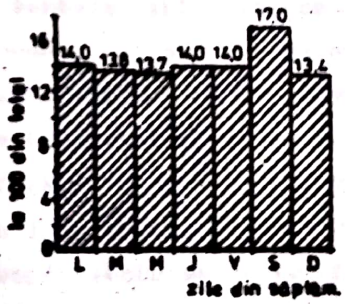


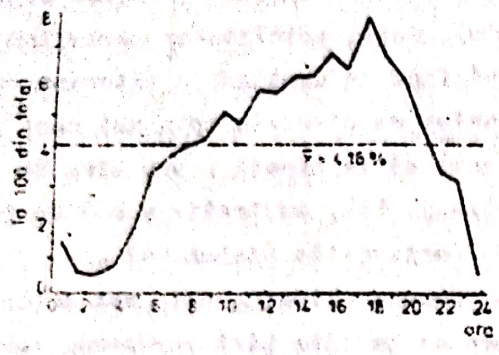
Fig.60- Repartiţia accidentelor de circ. pe zile din săptămînă în România pentru anii 1970 - 1974



Numeroasele studii scot în evidenţă că accidentele se au loc în marile oraşe relevă instructiv principalele cauze pentru că toţi factorii (vehicol , şofer, pieton, starea drumului etc) se găsesc mai sub forma cea mai condensată. Deci

în accidentele de circulaţie se asociată un complex de factori favorizanţi (social - economici, naturali etc), în apariţia lor participă trei elemente importante pentru studiile epidemiologice şi pentru măsurile de prevenire şi anume : omul , drumul şi vehicolul .

Fig. 61 - Repartizarea accidentelor de circulaţie pe ore în România, 1973 - 1974



O M U L (şoferul , pietonul şi pasagerul) participă cu 8o % în accidentele de circulaţie, el produce şi suportă accidentul. Soferii cu boli cardiace sau cu tulburări de irigare vasculară cerebrală, diabeticii cu glicemii oscilante, epilepticii, persoanele cu deficienţe în vederea periferică sau nocturnă au riscul de a face accident de 2 ori mai mare decît cei sănătoşi. In afară de traumatisme, şoferii sînt victimele şi a unor stări acute ce sînt declanşate de accident, ca infarctul de miocard şi accident vascular cerebral . Dar risc şi mai mare de a produce accidente îl au şoferii cu deficienţe de caracter şi de personalitate , precum : nervozitatea şi lipsa de calm, emotivitatea mergînd pînă la frică sau reacţii inverse, concentrarea lentă a atenţiei, lipsa de îndemînare sau a deprinderilor , gustul de competiţie , etc. Acestea, asociate sau nu altor stări ca : neatenţia, imprudenţa - agravate mai ales de oboseală , lipsa de experienţă - , convalescenţe sau boli latente, tratamente cronice medicamentoase (antihistaminice, hipotensive, psihotrope, insulina, antispastice uzuale, salicilaţi, unele antibiotice etc) ; consumul peste limită personală de cafea, tutun, etc. măresc riscul ca şoferul să producă accidente . Aceste deficienţe, stări şi particularităţi personale (conduci autovehicolul aşa cum te comporţi în viaţă) sînt mai greu decelabile prin examenele medicale obişnuite, de aceea pentru cunoaşterea acestor categorii de persoane trebuie să se apeleze la examenele medicale (clinice şi de laborator) şi la testele psihologice (pentru a deveni şofer şi în cadrul controlului periodic al sănătăţii şoferului). Pe lîngă acestea, studiile şi analizele arată că alcoolul constituie cea mai frecventă dintre cauze. (numeroase studii arată că şoferii şi pietonii sub influenţa alcoolului reprezintă 5o % din decesele produse de accidente) . După cum se cunoaşte , nu şoferul cu ebrietate profundă, în incapacitate de a conduce se aşează la volan, ci cel cu euforie de la cantităţi reduse de alcool - sursă a încrederii în sine, a neatenţiei, a pasiunii competiţionale şi a excesului de viteză - factori principali în provocarea accidentelor grave . Intrucît pragul unui asemenea reactivităţi la consumul redus de alcool e variabil după persoane se impune ca şoferul să urce la volan în absenţa totală a consumului de băuturi alcoolice . Manifestările abaterilor de la comportamentul normal la volan, încriminate mai frecvent în producerea accidentelor sînt : neacordarea priorităţii (mai ales pietonilor),

nesemnalizarea direcţiei, depăşirile nepermise, viteză neconcordantă cu riscul de accident, frînarea bruscă etc. Pietonii (mai ales copii) sînt accidentaţi da - torită traversării sau circulării prin locuri nepermise de regulile de circulaţie rutieră, iar pasagerul prin coborîrea din mersul vehicolului sau fugind du - pă mijlocul de transport. In ultimă instanţă orice accident este rezultatul ne - respectării regulilor de circulaţie de către şofer , pieton şi pasager - de unde şi soluţia în prevenirea accidentelor rutiere. Drumul public (strada şi şoseaua) reprezintă locul prin care " colectivitatea în mişcare " îşi realizează legă - turile necesare în rezolvarea treburilor zilnice. Ori, această parte a activităţii se poate desfăşura fără riscul sănătăţii sau vieţii numai prin respectarea regulilor de circulaţie de către toţi - pieton , pasager şi mai ales şofer, care este cel mai adesea cauza accidentului de circulaţie .

D R U M U L este incriminat în 5 - 15 % din totalul accidentelor de circulaţie prin : încrucişările şi curbele periculoase, strangulări pentru circula - ţia vehicolelor şi /sau interferenţe cu circulaţia pietonală, lipsa de vizibili - tate sau a spaţiilor de parcare, lipsa balustradelor la trotuare în zonele de mare aglomeraţie urbană, starea degradată (improprie) a părţii carosabile sau pavaj care favorizează deraparea, folosirea căii rutiere în comun cu biciclişti - tractoare - căruţe - deplasarea animalelor, monotonia autostrăzilor, lipsa sistemelor de avertizare şi semnalitare etc.

V E H I C O L U L cu motor este şi el implicat cauzal în 3 - 5 % din accidentele rutiere, prin defecţiuni la sistemul de frînare, rulare, de direcţie, iluminare - semnalizare , lipsa amenajărilor antişoc, a centurii de siguranţă, etc. Accidentele datorită acestor defecţiuni (mai frecvente la autovehicolele unităţilor de stat) pot fi evitate prin controlul şi întreţinerea stării tehnice în bune condiţii a vehicolului .

Dintre autovehicole, motocicleta reprezintă un mai mare factor de risc în producerea accidentelor - pentru motociclist (de 8 - 2o ori mai mare ca la automobilişti, prin amplificarea factorilor menţionaţi), pentru pietoni şi alte vehicole . Biciclistul, constituie un risc şi mai particular în suportarea şi provocarea accidentelor de circulaţie prin lipsă de instrucţie, stare de ebrietate sau prin practicarea de amuzamente pe căile rutiere .

Accidentele de circulaţie, pe lîngă cele trei elemente menţionate (omul, drumul şi vehicolul) , în apariţia lor au un complex de factori, grupaţi în social - economici şi naturali . Factorii social - economici includ : aglomeraţia din centrele populate asociată cu căi de comunicaţie insuficient dimensionate şi cu " vîrfuri orare comune " de deplasare la activităţi ocupaţionale (şcolari, adulţi, vehicole de orice fel) , nivel educativ - cultural şi sanitar insuficient în evitarea accidentelor, profesiunea de conducător auto etc. Iar factorii naturali - deşi cu participare mai redusă - se referă la : ploi, ninsori, ceaţă, vînt , variaţii de presiune atmosferică, căldura şi luminozitatea solară excesivă, deformări ale reliefului etc .

c) **Prevenirea accidentelor de circulaţie şi asigurarea asistenţei medicale a accidentaţilor**

Omul ce şi-a conceput şi-şi perfecţionează " duşmanul sănătăţii şi vieţii" (autovehicolul), tot el - prin cooperarea tuturor - trebuie să asigure rezolvarea prevenirii accidentelor, reducerea gravităţii şi a implicaţiilor lor .

Intrucît accidentul de circulaţie constituie efectul unui complex de factori (cu ponderi variabile la fiecare), în prevenirea lui participă : statul, fabricile producătoare, serviciile de supraveghere şi dirijare a circulaţiei, serviciile medicale şi alte compartimente ale vieţii şi activităţii social-economice (instituţiile de educaţie şi cultură, organizaţiile de tineret, serviciile de administrare a drumurilor publice, serviciile de verificare şi reparare a autovehicolului, asociaţia automobiliştilor, presa-radioul şi televiziunea, şcolile ce pregătesc conducători auto, conducerile unităţilor ce au parc auto, organizaţiile de Cruce Roşie etc.

Statul intervine prin asigurarea cadrului organizatoric, a condiţiilor generale , a bazei materiale şi a reglementărilor necesare aplicării şi obţinerii profilaxiei primare, reducerii numărului şi gravităţii accidentelor. Reglementările [x)] noastre stabilesc obligaţii şi răspunderi pentru factorii ce trebuie să participe în evitarea accidentelor : omul (conducătorul auto, pasagerul şi pietonul - populaţia), vehicolul (deţinătorii de mijloace auto, serviciile de verificare şi reparaţii a autovehicolului) şi drumul (serviciile de sistematizare a centrelor populate şi de administrare a căilor de circulaţie), cît şi pentru serviciile teritoriale de supraveghere şi dirijare a circulaţiei rutiere .

După cum asanarea mediului a avut rol în scăderea bolilor transmisibile aşa şi în accidentele de circulaţie, amenajarea vehicolului şi tehnica rutieră pot avea rol în prevenirea lor. Fabricile producătoare, în contextul constrîngerilor de cost (dotări, consum de carburanţi etc) şi de posibilităţile aplicării progresului ştiinţific şi tehnic, ameliorează continuu elaborarea autovehicolului. Controlul stării tehnice şi în timpul funcţionării (din partea şoferului) şi reviziile tehnice periodice obligatorii - cu rezolvarea defecţiunilor- contribuie la evitarea şi reducerea accidentelor şi gravităţii lor .

Răspunderea pentru luarea măsurilor de asigurare a securităţii circulaţiei pe drumurile publice revine organelor miliţiei, care îndrumă, supraveghează şi controlează circulaţia (art.2 din Decretul 328/1966). Dirijarea circulaţiei în intersecţii şi pasaje aglomerate (prin semafoare sau agenţi de circulaţie), calitatea formării şoferului şi exigenţa examinării (teoretice şi practice) la obţinerea carnetului de conducere, depistarea-educarea şi sancţionarea contravenienţilor la regulile de circulaţie pe drumurile publice (de către agenţii de circulaţie) sînt alţi factori ce contribuie la prevenirea accidentelor .

x) Decret 328/1966 -cu modificările ulterioare - privind circulaţia pe drumurile publice şi Regulamentul de aplicare; decret 56 şi 57/1975 privind pregătirea conducătorilor auto profesionişti şi amatori .

Instruit în accidentul de circulaţie omul îl produce şi îl suportă, iar şoferul reprezintă factorul de risc cel mai important - serviciilor medicale le revin următoarele principale obligaţii ce privesc omul de la volan, asigurarea asistenţei medicale şi populaţia (expuşii la risc) .

In examinarea medicală a şoferului pentru obţinerea permisului de conducere (a cărui rezultat se consemnează în fişă ca apt sau inapt a conduce) şi în examinările medicale periodice obligatorii x), medicii de specialitate trebuie să acorde atenţia necesară depistării stărilor de nesănătate fizică sau mintală ce ar putea influenţa aptitudinile de conducere (mai ales la persoanele ce încearcă să ascundă tare fizice sau psihice, etilismul cronic, farmacodependenţa ş.a.).-

In accidentele de circulaţie rutieră e o stare patologică globală bruscă cu rănire, tulburări neurovegetative, circulatorii şi respiratorii grave intricate în stări de şoc impresionante . Majoritatea accidentelor grave sînt poli sau pantraumatisme, cu decese mai dramatice ca în boli .Ele rezultă din : impactul cu obstacolul (cu plăgi, contuzii, fracturi, înfundări de oase - mai grave decît apar la început), proiectări intracavitare (grave de la început), rupturi supraprensionale, delacerări, tasări (neobservate de la început) . Cele mai multe din accidente (între 3o şi 5o %, după ţări) interesează cutia craniană, pînă la 2o % - membrele inferioare şi 1o % membrele superioare . Rănirile capului şi toracelui dau cea mai mare mortalitate. Leziunile şi mai ales tulburările funcţiilor vitale se agravează prin manevrele de degajare şi de transport. Spre deosebire de ceilalţi accidentaţi (şoferii şi pasagerii), pietonii au leziuni organice mai grave şi mai dificile în diagnostic. Aceste particularităţi de gravitate ale leziunilor, marea dispersie teritorială a accidentaţilor şi posibilitatea apariţiei lor la orice oră constituie elemente principale pentru organizarea unui subsistem de asistenţă medico - chirurgicală de urgenţă, în cadrul sistemului teritorial de asistenţă medicală al populaţiei. Acest subsistem organizatoric în asistenţa de urgenţă cuprinde :

- o reţea telefonică teritorială pentru chemarea serviciului medical;
- un serviciu teritorial permanent de autoambulanţe(pentru teritorii întinse - avioane, helicoptere şi şalupe sanitare) ;
- o reţea teritorială de prim ajutor şi asistenţă medicală, cu dotări şi competenţe ierarhizate şi cu funcţionare continuă (în afara trusei de prim ajutor obligatorie la orice autovehicol) .

Organizarea subsistemului teritorial pentru urgenţe vizează asigurarea accesibilităţii şi promptitudinii primului ajutor la locul accidentului şi a transportului direct la serviciul medical specializat indicat . Degajarea nevătămătoare a accidentatului, aplicarea corectă a primelor îngrijiri şi transportul

x) Anual pt. şoferii profesionişti şi în raport cu vîrsta pt.şoferii amatori: odată la 5 ani pînă la vîrsta de 45 ani, odată la 3 ani între 45 şi 6o ani,anual după vîrsta de 6o ani .

nedăunător cu asigurarea asistenţei medicale pe durata lui măresc şansele de supravieţuire . Reţeaua teritorială de prim ajutor şi asistenţă medicală cuprinde : punctele sanitare şi dispensarele medicale - ca unităţi de prim contact -, poli - clinicile şi spitalele. Primul eşalon medical (punctele sanitare şi dispensarele medicale), prin distribuţia lor în toate centrele populate, prin dotarea cu truse de urgenţă şi prin orarul continuu de funcţionare asigură primul ajutor medical nespecializat pentru traumatismele simple şi care nu pun viaţa în pericol. Poli - clinicile prin serviciile sale de specialitate,şi cu dotarea ce li se asigură, pot realiza asistenţa de urgenţă specializată pentru urgenţele ce nu necesită spitalizare. Dispensarele medicale şi policlinicile pot asigura asistenţa medicală şi rezolvarea traumatismelor ce nu pun probleme de diagnostic şi care sînt şi cele mai multe (80 % din totalul lor) . Pentru accidentele de circulaţie rutieră, ca şi pentru celelalte urgenţe (din industrie, casnice, din agricultură, de tren etc),spitalul orăşenesc teritorial asigură asistenţă medicală specializată a formelor grave. Calitatea rezolvării urgenţelor în spital implică organizarea structurii şi funcţionalităţii ei : existenţa secţiei de chirurgie şi de medicină internă, compartimente sau secţii de traumatologie - ortopedie, a unui serviciu de anestezie - reanimare - terapie intensivă, a echipei medicale complete de diagnostic şi tratament, dotarea cu aparatură - medicamente şi materiale sanitare şi orar continuu de funcţionare . In spital - ca şi în celelalte servicii medicale - accesul, internarea şi promtitudinea îngrijirilor medicale pentru accidentaţi au prioritate absolută . Intr-o arie teritorială cu mai multe spitale generale sau de specialitate este necesar să se asigure acestora competenţe de rezolvare şi program de funcţionare pe zile, care să fie publicat anticipat pentru a fi cunoscut de toate serviciile medicale şi de către populaţie .

Obligaţiile serviciilor medicale - în prevenirea accidentelor şi în reducerea gravităţii lor - ce privesc populaţia se referă la participarea lor pentru educaţia sanitară a tuturor vîrstelor, începînd cu vîrstele tinere. Posibilitatea prevenirii accidentelor de circulaţie de către toţi cei ce folosesc strada şi drumurile publice este înainte de toate o problemă de educaţie, ce trebuie realizată organizat, cu insistenţă şi permanent. In cadrul programului teritorial educaţional, instrucţia sanitară trebuie să asigure noţiunile de prim ajutor, autoajutor şi ajutor reciproc a copiilor, viitorilor şoferi, a agenţilor de circulaţie etc. cu noţiunile elemantare asupra manevrelor de respiraţie artificială, oprirea unei hemoragii, deblocarea neagravantă a accidentaţilor din autovehicule , imobilizarea fracturilor, poziţia accidentatului în timpul transportu - lui, îndrumarea transportării accidentatului la spitalul indicat de forma şi gravitatea leziunilor etc.

Recuperarea funcţională şi reabilitarea cu reinserţia socială a traumatizatului sînt probleme la a căror rezolvare serviciile medicale trebuie să participe prin activităţi directe (recuperarea funcţională) şi prin indicaţii tehnice

privind starea restantă funcţională ca bază pentru reinserţia familială şi socială .

Factorii ce se asociază traumatismelor, accidentelor şi intoxicaţiilor sînt multipli şi aproape de regulă se asociază mai mulţi dintre ei. Intre cauzele lor, problemele sociale şi progresul tehnic al colectivităţii sînt legături strînse şi se referă la : locul ce-l ocupă omul în mediul său, starea fiziologică, problemele personale şi sociale ce-l preocupă, agresiunile fizice şi psihice ce-i provoacă surmenaj şi scăderea autocontrolului, intoxicarea organismului cu produşi ai poluării, farmacodependenţă, alcoolism, tutun, ca şi la toate problemele create de suprapopularea urbană, creşterea rapidă a numărului vehicolelor cu motor, dotarea industriei şi a activităţilor casnice cu tehnici mereu mai noi, accelerarea mijloacelor de circulaţie şi a ritmului vieţii, mai ales în oraşe . In reducerea gravităţii accidentelor de orice fel , şi a consecinţelor acestora , serviciile medicale pot interveni prin participare la instrucţia sanitară a celor expuşi, prin promtitudinea şi calitatea intervenţiei în rezolvarea medicală primară a victimelor şi printr-o bună organizare şi funcţionare a întregului sistem sanitar teritorial. Dar în cunoaşterea şi mai ales în prevenirea sau reducerea factorilor cauzali , serviciile medicale nu pot interveni singure pentrucă nu deţin nici bază materială şi nici competenţe. Rezolvarea traumatismelor şi otrăvirilor - ce au o asociaţie cauzală variabilă (factori naturali, psihologici , social - economici) cere participarea tutror compartimentelor vieţii social - economice şi a populaţiei. Inscrierea obligaţiilor şi responsabilităţilor pentru fiecare din aceste compartimente într-un <u>program naţional şi teritorial</u> şi coordonarea acestuia de către un organism intercompartimental asigură mai eficient rezolvarea problemelor medicale, familiale, sociale şi economice ce le pun traumatismele şi otrăvirile pentru colectivitate .

Scanned with OKEN Scanner

3.5.5. BOLILE PULMONARE CRONICE

3.5.5.1. - Aspecte generale şi importanţa lor

Grupate în acest mod, bolile cronice ale pulmonului reprezintă o pondere importantă în cadrul bolilor cronice din actualul tablou al morbidităţii. Ca frecvenţă şi implicaţii medico - sociale, acest grup cuprinde : pneumopatia cronică obstructivă (bronşita cronică, emfizemul şi astmul), cancerul bronhopulmonar, tuberculoza şi pneumoconiozele . Ele se întîlnesc în toate teritoriile de pe glob, dar cu frecvenţe şi tendinţe diferite. Dintre acestea, numai tuberculoza are tendinţă de scădere, care prin incidenţă, mortalitate şi durata mare a bolii rămîne în continuare ca prioritate în programele sanitare teritoriale , mai ales în teritoriile mai puţin dezvoltate economic (tabel 61). Cancerul bronho - pulmonar, ce dă anual pe glob aproximativ 9o.ooo decese (2,3 %ooo), cu nivele mici în teritoriile mai puţin dezvoltate şi nivele mari în cele avansate, de 4,5 ori mai frecvent la bărbaţi decît la femei, are tendinţă lentă şi constantă de creştere mai ales în zona nordică a globului . Pneumoconiozele (silicoza, antracoza, bisinoza,asbetoza etc) , ca frecvenţe şi disttribuţie în populaţii se asociază teritoriilor industrializate şi grupurilor ocupaţionale cu vechime mai mare în locurile de muncă cu acest risc de îmbolnăvire. Deşi măsurile de protecţia muncii obţin scăderi continui în frecvenţa lor, creşterea persoanelor expuse la risc şi prognosticul lor încă grav fac ca pneumoconiozele să constituie o importantă problemă de sănătate pentru personalul din unele ramuri industriale - Pneumopatia cronică obstructivă (PCO), a cărei principale caracteristici le vom prezenta separat în continuare, se întîlneşte în toate teritoriile de pe glob cu frecvenţe variabile dar ridicate de la 4o ani (1o - 25 %) şi, în creştere mai ales după vîrsta de 5o ani .

Tabel 61. Incidenţa şi mortalitatea [x] prin tuberculoză în unele zone de pe glob în 196o şi 1972 - la 1oo,ooo locuitori

	Incidenţa		Mortalitatea	
	195o	1972	195o	1972
Total glob	2o2,6	56,9	59,3	7,8
America N.	57,6	24,o	21,4	5,2
Europa	2o4,5	53,8	59,4	7,2
America S.	149,8	61,6	6o,7	16,3
Pacific Vest	624,2	129,8	141,5	14,2
Africa	22o,1	241,2	119,o	18,2

Ca o succintă caracteristică, în teritoriile avansate - tuberculoza are nivele mici şi în scădere iar bolile cronice nespecifice cresc ca nivele şi întîneresc ca frecvenţă în populaţii. In ţările mai puţin dezvoltate, tuberculoza are

x) Date selectate din : Tuberculosis in the World, 1976 - US Departament of Nealth, Education and Welfare

nivele mari dar în scădere , iar bolile pulmonare cronice nespecifice au nivele mici .

Spre deosebire de alte boli cronice cu extindere în populaţie, bolile pulmonare cronice sînt boli ale vîrstelor active şi avansate, cu nivele în creştere odată cu vîrsta şi cu frecvenţe diferite pe sexe şi teritorii. Ele au o evoluţie trenantă şi dau suferinţe prelungite, cu absenteism din producţia socială şi cu invaliditate. Ca urmare, ele generează un mare consum medical şi financiar pentru recuperarea sănătăţii şi capacităţii de muncă. Mortalitatea - fiind provocată mai ales de asocierea altor boli şi ca urmare, mai puţin cunoscută cu exactitate - are tendinţă de scădere pentru cele care au astăzi mijloace terapeutice eficace. - Creşterea ponderii populaţiei vîrstnice şi prelungirea duratei de expunere la risc, creşterea poluării atmosferice şi a persoanelor expuse la noxe profesionale, frecvenţa ridicată a fumatului începînd de la vîrstele tinere şi afecţiunile acute pulmonare repetate reprezintă principalii factori de risc pentru bolile pulmonare cronice nespecifice şi fac din aceste boli o importantă problemă de sănătate pentru unele teritorii de pe glob .

3.5.5.2. Pneumopatiile cronice obstructive (PCO)

a) Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică

Deşi datele de morbiditate şi de mortalitate din diferite teritorii nu au criterii unitare de diagnostic se acceptă că pneumopatiile cronice obstructive prin nivelul şi tendinţa de creştere - vor ocupa un loc prioritar în programele sanitare mai ales în teritoriile cu urbanizare şi industrializare intensă şi cu o pondere mare a vîrstnicilor în structura pe vîrste a populaţiei .

In general nivelele anuale ale incidenţei sînt mici dar constante şi încep de la vîrstele adulte, iar durata bolii este mare, ceea ce face ca prevalenţa bolnavilor să crească odată cu vîrsta mai ales după 50 de ani. Ca urmare , PCO are un mare consum medical şi financiar şi dă importante implicaţii economice. In Anglia, PCO dă 10 % din absenteismul din producţia socială, iar în SUA ocupă locul 2 în invaliditatea datorită bolii .

Mortalitatea prin PCO în zona nordică a globului variază nu numai cu prezenţa şi intensitatea factorilor de risc ci şi cu criteriile de diagnostic, între 10 şi 60 decese p.100.000 loc (tabel 62 şi fig. 62). In general, în această zonă a globului, mortalitatea prin bronşită cronică are nivele mult superioare tuberculozei pulmonare (în Anglia - 1977 - mortalitatea prin PCO - 47,3 iar prin TBC 1,1‰) este mai frecventă la sexul masculin şi în urban .

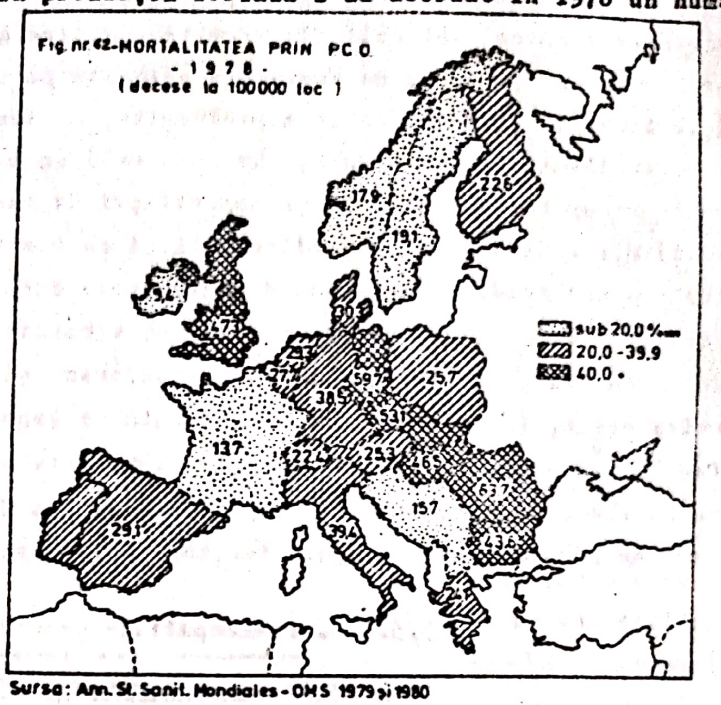
In România se înregistrează anual (1978) aproximativ 86.000 cazuri noi (o incidenţă de 392 ‰), iar anchetele mai vechi ale Min. Sănătăţii apreciază o prevalenţă de 2,4 cazuri p.100 loc. (sub nivelul real din populaţie) . In 1978 au fost spitalizaţi, cu acest diagnostic la ieşire,62.000 bolnavi (cu 806.000

zile de spitalizare) cu o distribuţie majoritară pentru vîrstele 45 - 7o ani , diferită de cea a cancerului pulmonar şi mai ales a tuberculozei pulmonare (fig. 63). Pentru personalul din producţia socială s-au acordat în 1978 un număr

Tabel 62. - Mortalitatea prin PCO pe sexe în Europa şi alte ţări - 1978 (decese la 100000 loc.)

TARA \ Mortalitate specif.		Toate vîrstele		
		Total	M	F
1. România		63,7	71,1	56,6
2. R.D.G.	(1974)	59,7	92,5	31,3
3. Cehoslov.	(1975)	53,1	73,5	33,6
4. Anglia ţ.Gal.	(1977)	47,3	70,7	25,0
5. Ungaria		46,5	60,8	33,0
6. Irlanda de N.	(1977)	43,8	65,2	22,9
7. Bulgaria	(1977)	43,6	57,7	29,5
8. Italia	(1975)	39,4	55,0	24,5
9. R.F.G.		38,5	56,5	22,2
10. Danemarca		30,3	42,5	18,5
11. Olanda		29,3	45,6	13,1
12. Spania	(1976)	29,1	37,0	21,5
13. Belgia	(1976)	27,7	41,4	14,3
14. Polonia		25,7	37,3	14,6
15. Austria		25,3	33,3	18,1
16. Grecia		24,1	24,9	18,5
17. Finlanda	(1975)	22,6	37,9	8,3
18. Elveţia		22,4	35,5	9,9
19. Suedia		19,1	25,2	12,2
20. Norvegia		17,9	24,7	11,1
21. Iugoslavia	(1977)	15,7	20,7	10,9
22. Franţa	(1976)	13,7	18,5	9,1
23. Islanda		9,4	12,4	6,3
24. S.U.A.	(1977)	10,3	15,3	5,6
25. Japonia		10,6	13,5	7,8
26. Australia	(1977)	30,5	47,0	13,9

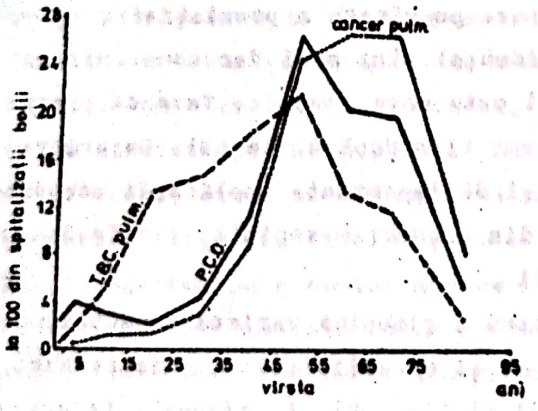
Surse. Ann. St. Sanit. Mondiales - OMS.



Surse: Ann. St. Sanit. Mondiales - OMS 1979 şi 1980

de 85o.ooo zile de concediu medical sau 11,5 zile p.loo oameni ai muncii din toate sectoarele economiei, cu frecvenţe mai mari la sexul masculin şi în creştere

Fig. 63 - Structura pe vîrste a spitalizaţilor pentru T.B.C. pulmonar, cancer pulmonar şi P.C.O. din România - 1 9 7 8 -



Tabel 63.- Zile de concediu medical la loo personal prin PCO pe sexe în România-1978-

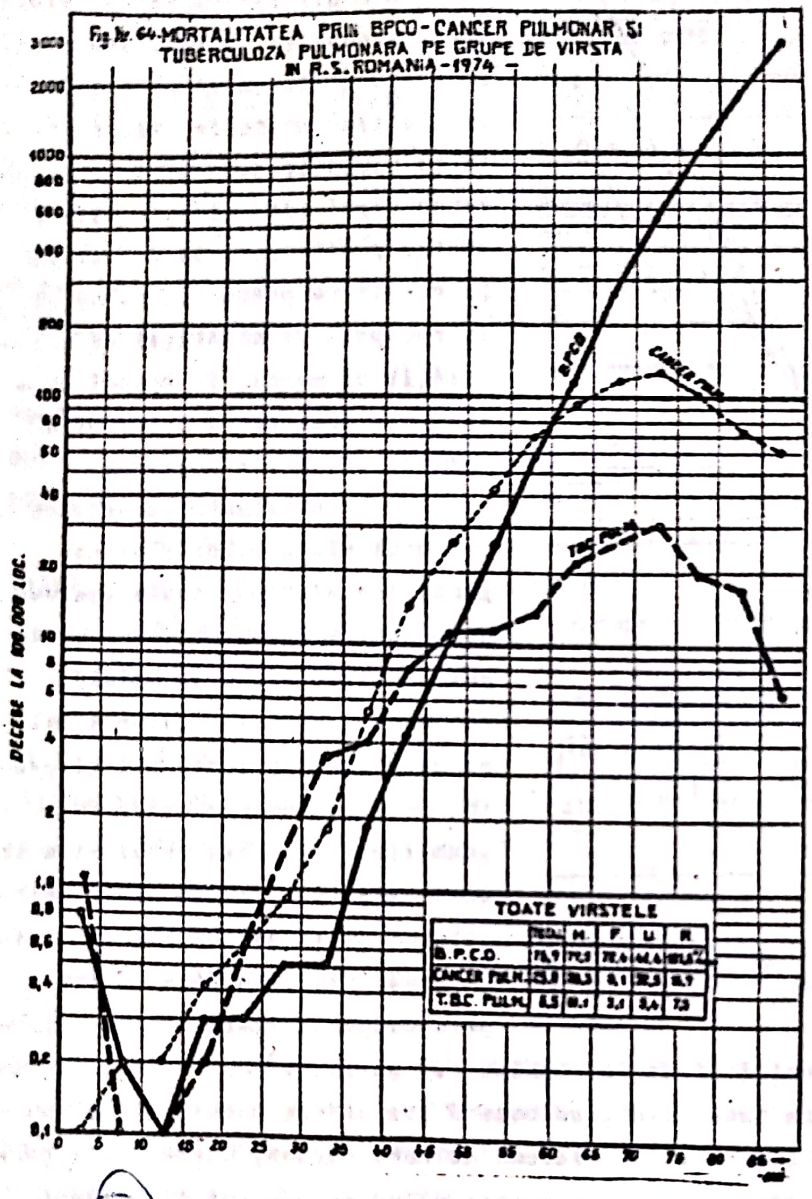
	Total	M	F
sub 25 ani	3,3	3,5	3,1
25 - 34	6,2	5,4	7,3
35 - 44	14,4	14,4	14,5
45 - 54	31,7	35,2	23,8
55 - 64	32,6	39,6	1o,4
Total	11,5	12,9	9,3

odată cu vîrsta şi cu vechimea în muncă (tabel 63). Pe lîngă evoluţia trenantă, progresivă şi costisitoare a bolii, absenteismul din producţia socială şi invaliditatea, PCO provoacă anual (1978) în România un număr aproximativ de 14.ooo decese sau o mortalitate de 63,7 ‰oo, unul din nivelele cele mai ridicate din Europa (tabel 62). Ea depăşeşte de 12 ori nivelele tuberculozei pulmonare şi de 3,3 ori nivelele cancerului pulmonar, mai ales după vîrsta de 6o ani cît şi nivele de mortalitate din Anglia, Belgia şi alte ţări cu vechime în urbanizare şi industrializare (fig. 64 şi 65). Datorită acestui aspect , a nivelelor fără diferenţe importante între sexe şi a inversării nivelelor pe medii se poate apre-

cia că în ţara noastră diagnosticul PCO a avut erori în plus pentru vîrstele avansate.

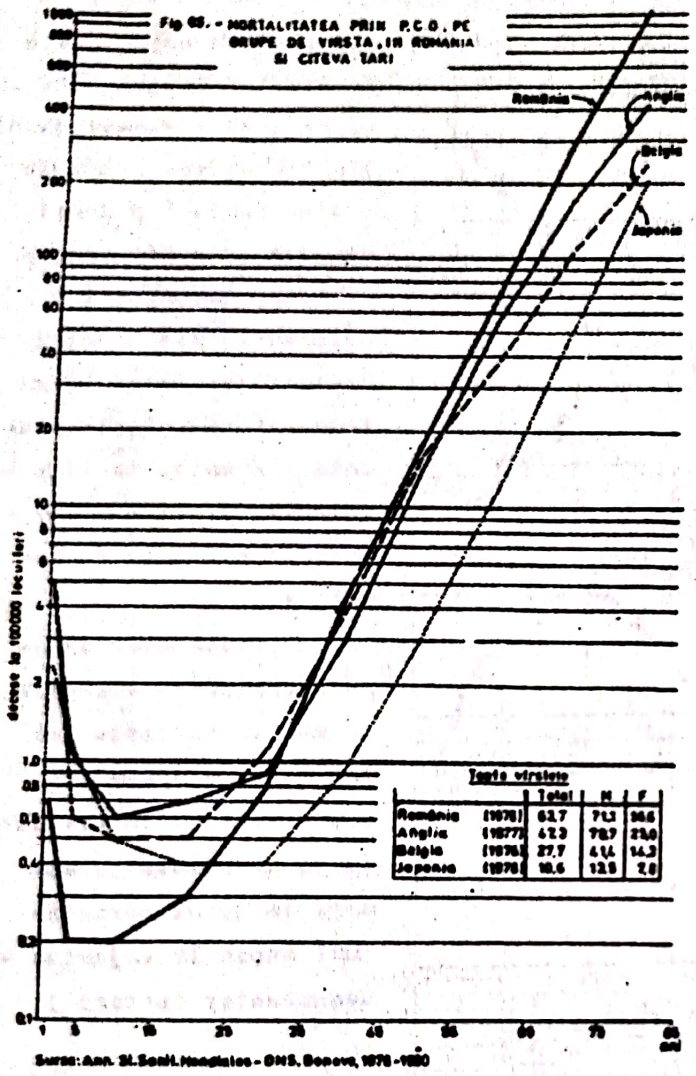
Principalii factori de risc în PCO sînt : poluarea atmosferică (din încălzitul locuinţelor , de la gazele de eşapament, din industrie) , noxele profesionale (pulberi şi gaze iritante asociate cu intemperii) , umiditatea atmosferică crescută şi asociată cu temperatură relativ scăzută , fumatul de tigarete, infecţiile respiratorii acute şi repetate ş.a.

Prezenţa acestora începînd cu vîrstele tinere şi duratele lor mai mari de acţionare dau frecvenţe în creştere odată cu vîrsta şi mai mari la sexul masculin (mai expus la majoritatea acestor factori).



b) Prevenirea PCO şi asistenţa medicală a bolnavilor

Spre deosebire de alte boli cronice, PCO beneficiază în mare măsură de toate măsurile profilaxiei primare, secundare şi terţiare, şi de mijloacele terapeutice şi de recuperare existente în toate zonele. Asigurarea unui criteriu unitar pe teritorii şi în timp pentru diagnosticul bolii şi pentru identificarea factorilor cauzali, realizarea depistării bolii în colectivităţile teritoriale şi ocupaţionale mai ales în grupurile cu risc curent de îmbolnăvire pentru cunoaşterea nivelului, intensităţii şi distribuţiei lor oferă suportul măsurilor profilactice pentru planurile sanitare. In realizarea profilaxiei primare necesită a se angaja atît responsabilităţile calităţii mediului de viaţă şi de



muncă cît şi persoanele expuse sau care -şi asociază factorii de risc în modul lor de viaţă. Profilaxia secundară şi terţiară sînt în atribuţiile şi competenţele serviciilor medicale (teritoriale şi ocupaţionale) şi în convingerea populaţiei şi bolnavilor, pentru participare la depistare şi rezolvare precoce, precum şi la recuperarea sănătăţii şi capacităţii de muncă, în scopul diminuării gravităţii bolii şi a implicaţiilor sale multiple .

In asigurarea asistenţei medicale a bolnavilor pot participa eficient toate eşalonele medicale (dispensarul medical , policlinica, spitalul), pentru depistarea, diagnosticul şi rezolvarea precoce cît şi pentru recuperarea medicală. După stabilirea diagnosticului şi a tratamentului complex de către policlinică şi spital un rol deosebit, în urmărirea şi aplicarea lor prin dispensarizare, revine dispensarului medical (teritorial şi de întreprindere) şi familiei. In teritoriile în care morbiditatea prin tuberculoză pulmonară are nivele reduse şi în scădere, prin tehnicitatea şi echipamentul medical de care dispun, atribuţiile pentru prevenirea bolii şi asistenţa medicală a bolnavilor cu PCO pot fi preluate de către serviciile de ftiziologie teritorială, lărgindu-şi cadrul ca servicii de pneumologie. Pentru aceleaşi considerente, serviciile teritoriale de ftiziologie (ambulatorii şi spitaliceşti) pot participa eficient în prevenirea, diagnosticul şi tratamentul (eventual exclusiv cel radioterapic) al cancerului bronhopulmonar .

3.5.6. BOLILE CRONICE LOCOMOTORII - PROBLEMA DE SANATATE SI DE ASIGURARE A ASISTENTEI MEDICALE

3.5.6.1. Aspecte generale şi importanţa lor

Bolile cronice locomotorii sînt rezultatul alterării integrităţii şi/sau funcţionalităţii aparatului locomotor de către un grup heterogen de afecţiuni. Bolnavii cu afecţiuni iniţiale diferite se întîlnesc repetat în aceleaşi servicii medicale spitaliceşti, sanatoriale şi mai ales ambulatorii pentru refacere sau menţinerea restantului funcţional locomotor .

Această grupă - constituită după criteriul aparatului lezat, pentru care se prezintă ca atare la asistenţă medicală - include subgrupe ce aparţin mai multor clase de boli din Clasificaţia OMS a îmbolnăvirilor şi - în principal afecţiuni de origine reumatică, traumatică şi neurologică :

a) afecţiunile reumatismale inflamatorii cronice, degenerative (artrozele) şi bolile reumatismale abarticulare ;

b) afecţiunile posttraumatice ale membrelor şi coloanei vertebrale (sechele ale oaselor, articulaţiilor, muşchilor, vaselor , nervilor periferici) ;

c) neuropatii periferice după traumatisme şi din polinevrite de diferite etiologii (toxice, infecţioase, carenţiale, dismetabolice) şi afecţiuni ale sistemului nervos central - mono, hemi şi paraplegii (postinfecţioase, degenerative,posttrombotice, postateroscleretice, şi posttraumatice) ;

d) stadii după tratamente chirurgicale ale anomaliilor congenitale .

Aceste boli, luate separat, au frecvenţe reduse în populaţii. Din gruparea la un loc, după motivaţia aglomerării serviciilor medicale, rezultă o morbiditate mare şi în creştere continuă. Incidenţa acestora în populaţii are nivele mici dar cu rată constantă de creştere în ultimile decenii. La unele din ele procesele patologice apar devreme, se instalează insidios dar ireversibil. Durata mare a bolii face ca prevalenţa să se cumuleze cu vîrsta şi în timp şi să crească ca nivel în populaţie. Numai pentru bolile reumatice specialiştii OMS apreciază că sînt pe glob cca 400 milioane de bolnavi sau o prevalenţă de 10 %. In lume, după diverse estimaţii [x] 15 - 25 % din bolnavii ce se prezintă la serviciile medicale primare suferă de afecţiuni reumatismale şi 5 % din spitalizările pentru toate bolile se datoresc acestor boli, la care se adaugă tratamentele în staţiunile balneare existente în unele ţări .

Ca urmare, marele consum medical (consultaţii, tratamente, spitalizări şi cure balneare repetate)şiimplicaţiile lor familiale şi social economice încep să se evidenţieze şi cresc după vîrsta de 20 ani. De aceea ele ne apar ca boli mai

x) Chronique OMS - 33/1979, pag. 21

ales a vîrstelor active şi avansate. Dacă din punctul de vedere al mortalităţii aproape că nu contează, incapacitatea lor temporară de muncă reprezintă 1o % din total [x] iar invaliditatea ce o provoacă constituie a 2-a cauză depăşind 1/1o din totalul invalizilor prin boală în numeroase ţări europene şi generează multiple probleme de recuperare şi reorientare profesională .

Cînd unul din părinţi este suferind de o boală cronică sau invalidan - tă a aparatului locomotor viaţa întregii familii este perturbată şi mai ales cînd mama este în această situaţie .

Aceste grupe de boli se identifică prin particularităţi etiologice şi epidemiologice proprii fiecăreia din ele. Pentru parte din acestea, factorii cauzali şi cu risc de îmbolnăvire sau agravare se regăsesc în mediul şi modul de viaţă şi de muncă iar o altă parte din ele sînt consecinţele pentru aparatul locomotor din alte boli. Aproape în totalitate, ele nu beneficiază de mijloace specifice preventive iar terapeutica actuală nu le asigură vindecarea . In schimb - în ameliorarea suferinţelor personale (durere fizică, dificultate în a se mişca) şi în reducerea implicaţiilor social - economice - ele beneficiază într-o mare măsură de efectele favorabile ale factorilor naturali şi de o gamă variată de trata - mente din serviciile medicale şi din staţiunile balneoclimatice. In bolile cro - nice locomotorii - mai întîi în cele de origine reumatică şi mai recent în cele cu origine traumatică-s-au iniţiat, dezvoltat şi diversificat cu bune rezultate variate metode şi tehnici de recuperare funcţională şi măsuri sociale de reabilitare şi reinserţie în familie şi în colectivitate pentru bolnavul cu forme de invaliditate. Acţiunile de profilaxie primară ce se întreprind pentru unele boli sau subgrupe de boli pot avea eficienţă mai mare în situaţia elaborării unui program sanitar teritorial care să cuprindă toate subgrupele de boli ce dau consecinţe pentru aparatul locomotor şi să angajeze toate sectoarele vieţii social - economice şi populaţia .

3.5.6.2. Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică

Bolile cronice locomotorii se întîlnesc în toate teritoriile de pe glob, la ambele medii de reşedinţă şi sexe, la toate ocupaţiile şi în creştere cu vîrsta după 2o ani .

In practica serviciilor medicale ambulatorii, incidenţa lor se apreciază cu dificultate întrucît cazurile noi apar la bolile lor de origine şi mai puţin la formele cronice. Cu toate acestea numai bolile osteoarticulare, sciatice şi alte boli ale nervilor periferici, înregistrate de serviciile medicale ambulatorii - au dat anual (1978) în România la adulţi aproximativ 6oo.ooo cazuri noi sau o incidenţă de 3.83o p.1oo.ooo loc. cu o frecvenţă mai mare în rural şi la sexul masculin (tabel 64) - locul 9 în tabloul morbidităţii .

x) Ann.Rheum.Diseas - 1974, vol. 33/1, pag. 93

Deşi apreciată cu criterii diferite de încadrare şi de diagnostic ,prevalenţa redă mai bine situaţia generală a morbidităţii din diferite teritorii.După date mai vechi (ancheta medicală 1959 - 1961) prevalenţa cazurilor de boli ale oaselor şi organelor locomotorii la populaţia peste 2o ani era în ţara noastră de 12,2 p.loo anchetaţi, cu nivele de creştere odată cu vîrsta ajungînd pînă la 22 % şi mai mari la sexul feminin după 4o ani (fig. 66). Aceste nivele din ţara noastră se înscriu în limitele celor existente în alte ţări. Astfel în Finlanda - din diverse anchete - rezultă la adulţi o prevalenţă între 7 şi 1o %, dublîndu-se la vîrstele mai mari; în Franţa[x] bolile cronice reumatismale afectează 1o % din populaţie, iar anchetele americane pe bază de interviuri dau o prevalenţă de 6,2% la bărbaţi şi de 11,o % la femei (18 - 79 ani) cu nivele de 5 ori mai mari la ambele sexe după 75 ani .

Fig 66-Prevalenta cazurilor de boli ale oaselor si organelor locomotorii la adulti pe sexe si virste R S R - ancheta medicala 1959-1961

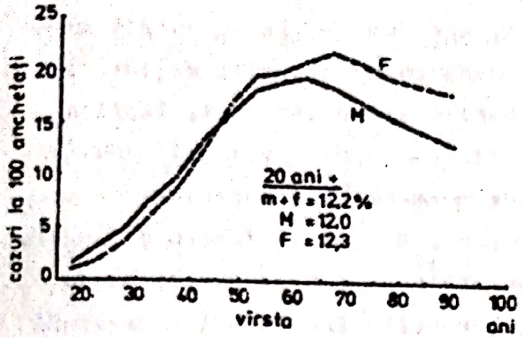


Fig. 67 -Spitalizati pe grupe de vîrste pentru boli osteoarticulare - R.S.R., 1978 -

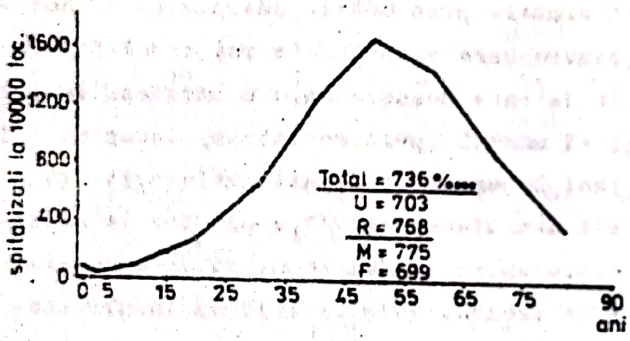
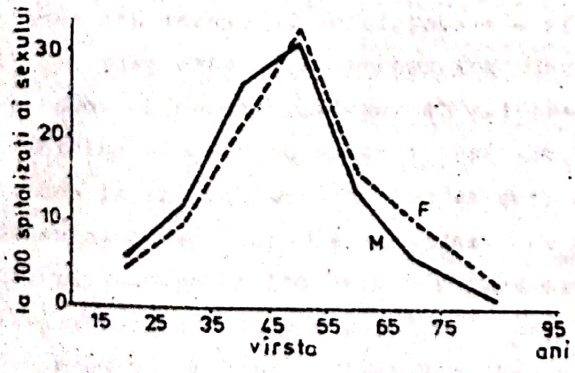


Fig.68- Structura pe sexe si grupe de vîrsta a spitalizaţilor prin boli ale sistemului osteo-articular R.S.R. -1978



Anual (1978) sînt spitalizaţi în ţara noastră cu boli osteoarticulare şi cu sciatică 186.2oo cazuri peste vîrsta de 15 ani cu un total de 2,5 milioane zile spitalizare, cu frecvenţe mai mari la sexul masculin şi pentru populaţia rurală (fig. 67, tabel 64). Numărul spitalizaţilor cresc cu vîrsta, nivelele cele mai ridicate sînt între 45 şi 54 ani , unde ocupă locul patru în morbiditatea spitalizată. Frecvenţele mai mari ale sexului feminin sînt situate la vîrste ceva mai avansate (5o - 54 ani), ele depăşind 3o % din internaţii cu aceste boli (fig. 68). Faţă de bolile osteoarticulare, spitalizaţii prin sciatică au o vîrstă medie mai tînără (fig. 69). In ţara noastră, numai bolile osteoarticulare dau anual (1978) 4,7 milioane zile absentate din producţia socială sau o pondere de 8,5 % din totalul absenteismului prin boală, ocupînd locul 5 în tabloul acestei morbidităţi. Absenteismul datorat acestor boli creşte cu vîrsta, mai ales la sexul feminin

x) Delbarre F.- Un long chemin à parcurir - OMS, Santé du Monde 6/1977

ajungînd la vîrstele 45-54 ani să fie de şase ori mai mare decît sub 25 ani (fig. 70). Incapacitatea temporară de muncă prin boli osteoarticulare este în creştere cu 4o% în ultimii 15 ani în ţara noastră (45,3 în 1965 şi 63,8 zile p.1oo persoane în 198o),cu frecvenţe mai mari în exploatarea lemnului, agricultură,în industria extractivă,alimentară,construcţii maşini, industria electrică şi construcţii. Implicaţiile absenteismului prin boli osteoarticulare din ţara noastră sînt apropiate de cele din alte ţări. Astfel în Franţa şi Anglia 1o % din absenteismul din producţie se datorează acestor boli, iar în SUA reprezintă o a doua cauză de absenteism după bolile cardiovasculare cu o pondere de 15% în totalul absenteismului şi cu frecvenţe duble la sexul masculin. Numai invaliditatea cu pensii de asigurări sociale prin bolile aparatului locomotor (pentru care există date mai complete)era în 198o în ţara noastră de 4,6 persoane la 1ooo oameni ai muncii (prin reumatism,discopatii şi afecţiuni locomotorii de alte etiologii, inclusiv traumatisme) sau 13,6 din 1oo invalizi prin toate bolile,ocupînd astfel locul II după bolile cardiovasculare în tabloul morbidităţii cu invaliditate (tabel 65) .

Fig. 69- Spitalizaţi prin boli osteo-articulare şi sciatică pe grupe de vîrste -RSR-1978

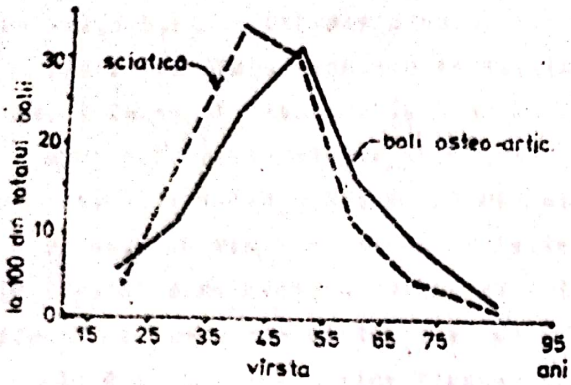
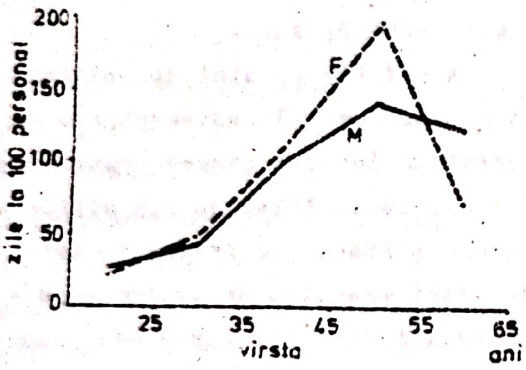


Fig. 70 - Incapacitatea temporară de muncă prin boli osteo-articulare pe sexe în R.S.România - 1978



Tabel64- Mortalitatea prin boli osteoarticulare în unele ţări - 1978

Teritoriul	decese la 100000 loc.
1 R.D.G - 1974	6.6
2. Anglia şi Ţara Galilor	5.8
3. Suedia	5.7
4 R.F.G.	4.8
5. Norvegia	4.6
6 Elveţia	4.4
7. Franţa -1976	3.9
8. Finlanda -1975	3.9
9. Olanda	3.8
10. Polonia	3.1
11 Belgia -1976	3.1
12. Austria	3.0
13 Danemarca	2.9
14. Ungaria	2.2
15 Spania -1976	1.9
16. Grecia	1.9
17. Italia -1975	1.6
18 Cehoslovacia- 1975	1.1
19 Bulgaria-1977	0.8
20 România	0.8
21. Iugoslavia - 1977	0.7
22 Japonia	3.5
23 Australia - 1977	3.2
24 S.U.A.	2.5

Sursa : Ann. St. Sanit. Mond. OMS-Genève

Ramurile industriale cu nivele mai mari de invaliditate aceleaşi ca la itm. Această situaţie a invalidităţii prin boli ale aparatului locomotor din ţara noastră, deşi cu nivele mai reduse ca în alte ţări (în Finlanda,23% din pensiile de invaliditate se datoresc celor cu boli reumatismale)evidenţiază problemele multiple ce generează acest grup de boli pentru familie şi colectivitate. Aşa cum s-a menţionat în cap.3.5.6.1.,nivelul mortalităţii prin boli ale sistemului osteoarticular este f.redus, el variind între o,4 şi 9 decese p.1oo.ooo loc. Frecvenţele sînt mai mari în ţările sca ndinave unde depăşesc 3%ooo pentru sexul masculin şi 5%ooo pentru sexul feminin,ţara noastră avînd nivele reduse,sub 1%ooo (tabel 64). Spre deosebire de mortalitate,implicaţiile economice generate de afectarea aparatului locomo -

tor sînt mari atît prin consumul medical, incapacitate de muncă cît şi prin pier - derile în producţia socială. In R.F.Germania x) numai pentru bolile reumatismale cheltuielile anuale se cifrează 14 miliarde DM (aproximativ 7 miliarde dolari), în care se includ spitalizările, tratamentele ambulatorii şi pierderile în economie prin incapacitate de muncă. Folosind datele existente pentru ţara noastră rezultă că bolile osteoarticulare şi sciatica cheltuiesc anual 327 milioane lei sau 4,5% din bugetul spitalelor. Adăugînd la acestea, 231 milioane retribuţie concediilor medicale, 346 milioane pensia de invaliditate prin aceste boli şi 4,8 miliarde lei c/v productivităţii nerealizate se sumează implicaţii eco - nomice anuale în valoare de 5,8 miliarde lei (tabel 65), ceea ce echiva - lează cu aproape 2% din venitul naţional sau cu 4/1o din bugetul sanitar anual .

Tabel 65 - BOLI ALE APARATULUI LOCOMOTOR - Morbiditate, consum medical şi implicaţii economice - RS.România

INCIDENTA LA ADULTI (16+ ani)-1978	-sistem osteo-artic.	321.000 cazuri noi (2.100 ‰): R>U	
	-sciatică ş.a.boli nervi perif.	278.000	(1.780‰): R>U
	TOTAL	599.000	(3.830‰)-rang 9 sau=4 c.noi la 100 adulţi/an
PREVALENTA: (16+ani) 1959-1961	-boli ose şi organe locomotorii	12,2 la 100 anchetaţi rang 7	M>F R>U
SPITALIZATI: (16+ani)-1978	-sistem.osteo-articular	156.100 bolnavi : M>F : R>U; cu 2094.600 zile spitalizare	
	-sciatică	30.100 bolnavi; M>F : R>U; cu 344.000 zile spitalizare	
	TOTAL	186.200 bolnavi 2438.600 zile spitalizare rang 10; M>F ; R>U;	
INCAPACIT. TEMP. DE MUNCA: 1978	-sistem osteo- artic.	4.683,7 mii zile (64 zile la 100 pers.); -rang 5 şi 8,5% din total zile i.t.m.; F>M -nivele mari în industriile: expl. lemn, agric., miniera, metalurg., alim., constr maşini, electric, construcţii.	
INVALIDITATEA: 1980	-boli reumatismale:	7800 invalizi	-4,6 invalizi la 100 pers. analiz.
	-afecţ. locomotorii:	16 100	-13,6 din 100 invalizi locale bolile
	-discopatii - ccc :	9 200	-rang 2 după cardio-vasc
	TOTAL	33100	-nivele mai mari în aceleaşi ramuri ind.
MORTALITATEA: 1978	-sistem osteo-articular:	175 decese/an (0,8 ‰); F>M nivele f.mici şi scăzute faţă de alte ţări	
TENDINTA MORBIDITATII: IN CRESTERE			
DURATA ACESTOR BOLI şi CONSUMUL MEDICAL: de lungă durată			
CONSUM ECONOMIC/AN	-costul spitaliz. totale; 326,8 mil. lei (4,5% din bugetul spitalelor) (ptr. osteo-artic. + sciatica)		
	-retrib. conced. medicale: 281,8 mil. lei		
	-productiv.muncii nerealiz: 4.796,2 mil. lei		
	-retrib. invalizilor (reum., locomotorii, discopatii) 344,0 mil. lei		
	TOTAL 5.750,0 mil. lei (aproxim. 2% din venitul naţ.)		
ASIG. ASIST. MEDICALE:	-depistare, diagn., terapie; disp. med., polici., spit. (int, boln. neur., chir. reumatol., recuper. med. şi fizioterap)		
	-recuper. medicală, dispens. med. polici., spitale, STAŢ. BALNEARE		
PROGRAM SANIT. NATIONAL: nu este elaborat în complexul lui			
NECESAR: a) profilaxie primară:	identif. şi neutraliz. factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire (multipli şi asociaţi): genetici, imunitari, infecţioşi, toxici, trau- matici din mediul şi modul de viaţă şi muncă; climatici (frig, curenţi aer, umidit. alimentari, suprasolicit. fiz. pt membre şi coloana vertebr., trepidaţii, etc.		
b) profilaxie secund.:	depist. şi rezolv. precoce a bolii prin sist. serv. med.		
c) profilaxie terţiară:	evit. agravărilor, complic., asociaţiilor şi rezolv. lor prin dispens. diferenţiată după forme clinice şi implicaţii de către disp. med., polici. şi spitale, folos. spartului staţ. baln. şi alter fact. de profecţie.		

In bolile cronice locomotorii, <u>factorii cauzali sau cu risc de îm - bolnăvire</u> aparţin fiecărei boli din acest grup heterogen. Ei sînt multipli şi în condiţionarea apariţiei unei boli cel mai adesea se găsesc asociaţi. Unii din ei, acţionînd o durată mai mare de timp, duc la apariţia unei boli cronice (ar - treze, neuropatii periferice, carenţiale sau dismetabolice etc) iar alte afecţiuni locomotorii cronice sînt consecinţele unor boli generale sau localizate (infecţii streptococice , accidente etc). Din rezultatele studiilor clinice

x) Chronique OMS - 33/1979, pag. 22 .

şi epidemiologice aceştia [x] pot fi grupaţi în : factorii genetici (pentru atropatii şi neuropatii periferice), factorii imunitari, factorii infecţioşi (infecţiile streptococice, focare de infecţii pentru afecţiunile reumatismale; virozele, zona zoster şi lepra pentru neuropatiile periferice), factorii toxici şi medicamenteşi (metale, solvenţi, organofosforate, medicamente pentru neuropatii periferice), factori nutriţionali (neuropatii etilice), factori hormonali (obezitate, hipotiroidii)factori metabolici (artrozele şi neuropatiile periferice din diabet), carenţe protidice şi vitaminice, agenţii termici şi electrici (pentru neuropatii periferice), factorii mecanici (elongări şi compresiuni pentru neuropatii periferice) etc. La aceştia se adaugă factori din mediul de viaţă şi de muncă : microtraumatismele repetate, trepidaţiile, traumatismele din accidentele de circulaţie, factorii climatici (frigul, umezeala şi curenţii de aer), suprasolicitarea fizică sau solicitarea vicioasă la nivelul membrelor, coloanei vertebrale şi articulaţiilor acestora, sau sedentarsimul cu absenţa exerciţiilor fizice etc. Asocierea unora dintre aceşti factori în artroze, discopatii şi în alte boli reumatice mai frecvente la mineri, agricultori, constructori, lucrători din exploatarea lemnului, la cultivatorii de bumbac etc. fac să se recunoască aceste ocupaţii ca factori de risc .

Aparatul locomotor începe astăzi să fie altfel solicitat, nu prin activitatea fizică ci mai mult prin sedentarism , obezitate, poziţii vicioase, suprasolicitări fizice segmentare etc. Iar alterarea integrităţii sau funcţionalităţii lui trece de la predominenţa factorilor infecţioşi la cea prin factori toxici, metabolici şi mai ales traumatici de orice fel .

3.5.6.3.- Prevenirea bolilor cronice ale aparatului locomotor şi asistenţa medicală a bolnavilor

Prevenirea bolilor cronice locomotorii vizează în primul rînd evitarea şi înlăturarea factorilor ce alterează integritatea sau funcţionalitatea aparatului locomotor. Cunoaşterea acestora, prin studii clinice şi epidemiologice pentru fiecare boală din acest grup creiază suportul măsurilor de profilaxie primară, secundară şi terţiară şi realizează reducerea bolilor în populaţie şi a multiplelor sale consecinţe. Efectuarea şi dezvoltarea studiilor clinice şi epidemiologice - pentru identificarea factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire - aparţine serviciilor medicale teritoriale şi de colectivitate, iar măsurile de profilaxie primară - celor ce au baza materială de intervenţie : în neutralizarea acestor factori posibilităţile aparţin compartimentelor social - economice, familiei şi individului, iar în evitare pot participa sistemul educaţional (general şi sanitar), familia şi individul. Realizarea organizată a acestora se poate face prin elaborarea şi aplicarea unui program sanitar (naţional, teritorial) care să se

x) Les neuropathies périphériques - Série Rapp.tech. 654/98o - OMS

ocupe de tot ce alterează integritatea şi funcţionalitatea aparatului locomotor şi care să angajeze toate compartimentele vieţii social - economice, serviciile medicale, familia şi individul .

In realizarea profilaxiei secundare (depistare precoce şi rezolvare primară) şi a profilaxiei terţiare (tratament complex, recuperare medicală pentru reabilitare profesională şi familială), problemele ce le ridică afectarea aparatului locomotor (prin boli reumatice, neurologice şi traumatice) pentru serviciile medicale - deşi sînt grele şi costisitoare ele se pot rezolva mai mult decît în alte boli .

Depistarea precoce a bolnavilor se realizează cu ocazia oricărei prezentări la serviciile medicale şi mai eficient prin acţiuni generale sau speciale organizate în populaţie, de către medicul de medicină generală şi de specialitate. Stabilirea diagnosticului (cu participarea după cazuri a medicului de specialitate) rezolvarea primară prin tratamentul adecvat (în policlinică , spital sau în familie) de la prima depistare asigură eficienţă cînd se completează cu urmărirea ulterioară a bolnavului prin dispensarizare. Cea mai mare parte din bolnavi pot fi îngrijiţi în ambulatorii dotate fără a necesita prezenţa medicului de specialitate. Dar o parte mai redusă din bolnavi implică rezolvarea prin cooperarea mai multor discipline (reumatolog, neurolog, chirurg, ortoped, fizioterapeut , ergoterapeut, orientare profesională etc). Alegerea bolnavilor pentru dispensarizare se face dintre bolnavii ce prezintă riscuri de agravare, complicaţii sau asociaţii, care generează spitalizări repetate, implicaţii în familie şi în producţia socială . Dat fiind numărul mare de bolnavi cu diverse localizări în forme de boală, cu variate asociaţii sau contraindicaţii este necesar ca supravegherea medicală continuă - însoţită de tratamentul recuperator ambulator - să se facă diferenţiat de către diferite eşaloane medicale . Astfel spitalele, folosind baza de dotare şi de încadrare pot dispensariza formele mai deosebite de boală. Policlinicile, prin echiparea lor cu servicii de tratament specializat şi prin încadrarea lor cu echipe complexe de personal pot prelua o mare pondere din formele cu gravitate medie ; ele pot executa nu numai tratamentul ambulator ci şi educarea bolnavului pentru permanentizarea formelor simple şi eficiente de recuperare (gimnastică , poziţii normale recuperatorii în timpul lucrului sau odihnei). Dispensarele medicale teritoriale şi din colectivităţi (industriale, şcoli) la indicaţiile de specialitate ale spitalului şi policlinicii, pot realiza proceduri simple care nu necesită aparatură costisitoare . Supravegherea diferenţiată şi rezolvarea prin dispensare se execută separat sau în comun de medicul de medicină generală şi de specialitate în raport de gravitatea formei de boală şi a implicaţiilor ei. Judicios organizată, dispensarizarea trebuie să ducă în final la prevenirea agravării, recidivei şi a complicaţiilor. In tratamentul bolilor cronice ale aparatului locomotor un rol important îl are folosirea agenţilor curatici naturali şi agenţilor fizici, foarte variaţi ca efect biologic şi terapeutic , cu ac-

ţiune directă locală şi asupra întregului organism. Utilizarea lor sub formă de cură în scop profilactic (pentru sindroamele dureroase ale sechelelor) şi sub formă de cură de recuperare (pentru cazurile cu afectări mai deosebite) necesită indicaţii de specialitate pe bază de examen medical complet care au în vedere stadiul bolii, asociaţiile şi starea generală a organismului .

Factorii de protecţie şi de recuperare (gimnastică generală şi parţială etc) pentru bolile aparatului locomotor sînt multipli şi - pentru majoritatea din aceste boli - se găsesc în familie, în fiecare teritoriu şi mai ales într-un comportament preventiv şi recuperator al individului a cărui instrucţie în problemă trebuie să înceapă din tinereţe .

Problema bolilor ce afectează aparatul locomotor este astăzi insuficient sesizată. Aprecierea lor globală şi rezolvarea complexă - pe baza unui program sanitar - reduce frecvenţele factorilor cauzali, a bolilor şi consecinţelor lor., asigură un aparat locomotor sănătos, valid şi capabil de funcţionare , fără de care orice persoană devine dependentă de familie sau de colectivitate .

Scanned with OKEN Scanner

3.5.7. - BOLILE CRONICE DIGESTIVE

3.5.7.1. - Aspecte generale şi importanţa lor

Cu rol în nutriţia organismului, aparatul digestiv este cunoscut tradiţional mai mult prin bolile acute infecţioase şi mai puţin pentru bolile sale cronice. Dintre acestea din urmă, maladia ulceroasă - la care se pot ataşa gastrite - le şi duodentitele -, enteropatiile cronice şi hepatopatiile se detaşează azi prin particularităţi de frecvenţe şi etiologii în populaţii şi prin multiple consecinţe personale, familiare şi social - economice .

Declansate direct de factori cauzali sau de consecinţe ale unor boli generale ori locale, aceste boli cronice digestive (exclusiv tumorile) debutează şi sînt manifeste la vîrstele tinere şi adulte. Sub această formă au incidenţe medii, iar numărul bolnavilor cronici - cu forme de boală ce le au tot restul vieţii - este constant în creştere. Severitatea formelor de boală determină spitalizări repet te, iar unele din acestea necesită intervenţii chirurgicale. Caracterul lor cronic in - validant generează un volum important de concedii medicale şi pensionări la vîrstele cele mai productive, pentru care aspecte sînt cunoscute ca o patologie domi - nantă a vîrstelor active . Dau pierderi premature de vieţi omeneşti iar mortalitatea întregului aparat digestiv constituie a IV-a cauză în tabloul mortalităţii. Aceste boli nu beneficiază de mijloace preventive specifice şi nu au încă terapii eficiente. Investigaţiile de genetică, enzimologie, imunologie şi metabolism celular pot aduce clarificări în etiopatogenia lor, iar metoda epidemiologică poate contribui mai mult în identificarea factorilor cauzali sau cu risc de îmbolnăvire. Perfectarea metodelor şi tehnicelor de diagnostic ambulator poate degreva spitalele de un costisitor consum medical. Marele lor consum medical şi multiplele implicaţii economice fac din aceste boli o importantă problemă de sănătate mai ales pentru teritoriile din zona nordică a globului .

3.5.7.2. - Aspecte de epidemiologie descriptivă şi analitică

Nivelul anual al incidenţei tuturor bolilor aparatului digestiv la adulţi (exclusiv bolile dinţilor) în România (1978) este de aproximativ de 3400 cazuri noi p.100.000 loc. sau 5,6 % din totalul bolilor, reprezentînd a V-a clasă în tabloul incidenţei, după bolile respiratorii, bolile dinţilor, boli infecţioase şi bolile neurologice. In cadrul bolilor digestive nivele mai mari le au gastritele şi duodemitele , enteritele şi colitele neinfecţioase , litiaza biliară şi colecistitele, boala ulceroasă şi ciroza hepatică (tabel 66), cu frecvenţe mai mari la sexul feminin pentru litiază biliară şi colecistite. Anchetele mai vechi ale Min. Sănătăţii (1959/1961) apreciază la adulţi o prevalenţă pentru toate bolile digestive (exclusiv tumorile) de 16,8 cazuri la 100 loc. cu frecvenţe mai mari la

sexul feminin, în urban şi mai ales la vîrstele 3o - 44 ani unde prevalenţa era de 24 % (fig. 71) . In tabloul prevalenţei predomină gastroduodenitele (mai frecvente la bărbaţi), litiaza biliară şi colecistitele (mai frecvente la femei), maladia ulceroasă, enterocolitele neinfecţioase şi ciroza hepatică .Toate afectează predominent prima parte a vîrstelor active (fig. 72) . In anul 1978 au fost spitalizaţi 448.ooo cazuri de boli digestive cu 4,8 milioane zile de spitalizare, lo % din totalul internărilor şi a III-a cauză de spitalizare (a II-a la sexul masculin) - tabel 66 . In cadrul acestora , în afara apendicitelor şi herniilor abdominale ce au o pondere de 45 % , litiaza biliară şi colecistitele (mai frecvente la sexul feminin), gastro-duodenitele, maladia ulceroasă şi enterocolitele neinfecţioase (mai frecvente în prima parte a vieţii active) şi ciroza hepatică (mai frecventă în a II-a parte a vieţii active) ocupă ponderea cea mai mare de spitalizări (fig. 73) . Separat de acestea, intervenţiile chirurgicale pe tubul digestiv şi anexele sale ocupă 2o % din totalul intervenţiilor chirurgicale şi sînt cu atît mai numeroase cu cît unităţile spitaliceşti sînt mai specializate .

Fig 71- PREVALENTA CAZURILOR DE BOLI DIGESTIVE PE SEXE SI GRUPE DE VIRSTA - ROMANIA - - ancheta 1959/1961

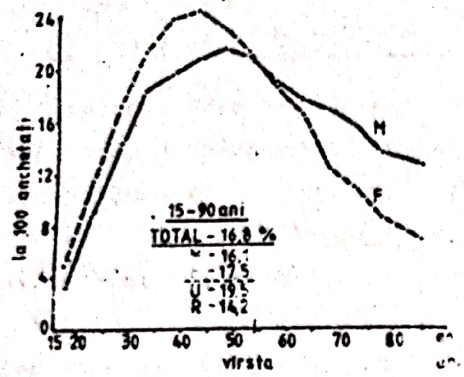
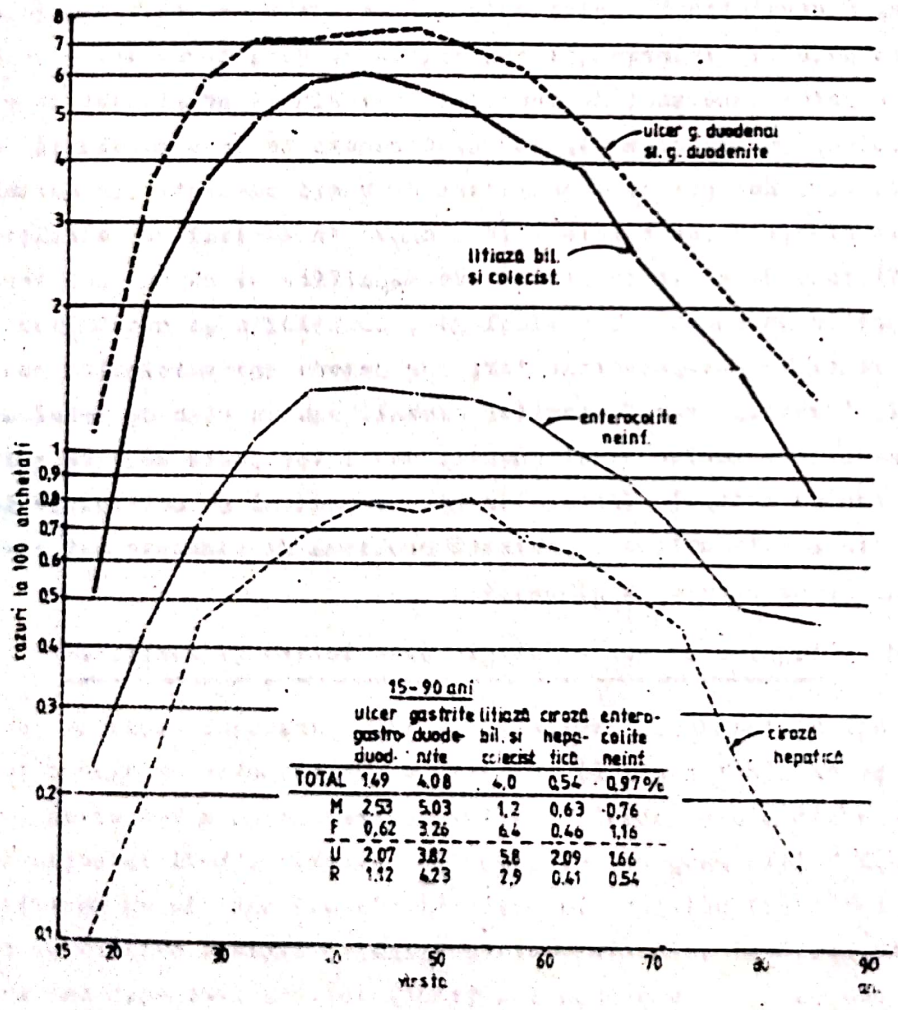


Fig.72- PREVALENTA CAZURILOR PRIN UNELE BOLI DIGESTIVE PE GRUPE DE VIRSTA (M+F,U+R) LA ANCHETA DIN 1959-1961 IN R O M A N I A

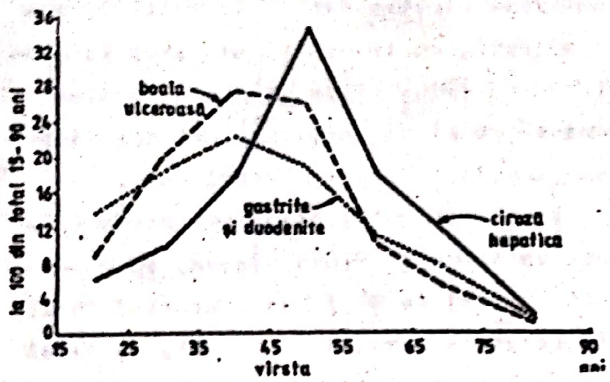


	ulcer gastro-duod.	gastrite duode-nite	litiază bil. si colecist	ciroză hepa-tică	entero-colite neinf
TOTAL	1.49	4.08	4.0	0.54	0.97 %
M	2.53	5.03	1,2	0.63	0,76
F	0,62	3.26	6.4	0.46	1,16
U	2.07	3.82	5.8	2.09	1.66
R	1.12	4.23	2,9	0.41	0.54

Adăugînd la acestea că după intervenţii - nu totdeauna posibil conser-

vatoare - apar invalidităţi irecuperabile şi ponderea de 2/3 a deceselor operaţilor pe tub digestiv şi anexe în întreaga mortalitate după intervenţii chirurgicale se înţelege mai bine severitatea patologiei cronice digestive. Bolile aparatului digestiv reprezintă şi unul din marii consumatori ai bugetului spitalelor. Costul spitalizărilor de aproape 645 milioane reprezintă 8,5 % din bugetul spitalicesc.

Fig.73-Structura pe vîrste pentru spitalizaţii prin boală ulceroasă, gastro - duodenite şi ciroză hepatică România-1978



Pentru personalul din producţia socială s-au acordat în 198o aproape 7,7 milioane zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă prin boli ale aparatului digestiv. Deşi schiţează o oarecare tendinţă de scădere (112 în 1965 , 119 în 1975 şi 1o5 zile p.1oo personal în 198o), incapacitatea temporară datorită bolilor aparatului digestiv reprezintă a III -a cauză de absenteism prin boală din producţia socială după bolile cardio - vasculare şi traumatisme , cu frecvenţe mai mari la sexul feminin şi în creştere odată cu vîrsta (tabel 67) .

Tabel 66- BOLI DIGESTIVE - morbiditate, consum medical şi implicaţii economice R.S. România

INCIDENTA: (16+ani)-1978	- Toate bolile digestive 527.000 c.noi (3374 ‰) sau 5,6 % din cazurile noi toate bolile, a V-a clasă după respir., boli de dinţi, infecţ., neurol. şi org. de simţ; R>U - Mai frecvente: gastrite şi duodenite cr., gastroduodenite şi colite neinf., litiază bil. şi colecist., boala ulcer., ciroză hepatică
PREVALENTA: (16+ani)1959/1961	Toate bolile digestive: 16,8 cazuri p. 100 loc.; F>M ; U>R Afectează predominent vîrstele active: Mai frecvente; gastrite şi duodenite, litiază bil. şi colecistite, ulcer gastroduodenal, enterocolite neinf., ciroză hepatică
SPITALIZAŢI: (15+ani)-1978	-447.600 spitalizaţi cu 4.812 mii zile spitalizare; F>M ; U>R - a III-a cauză de spitalizare (a II-a la masc.), 10,1 % din total internări. - pe tub digestiv şi alte părţi abdomen (1974) 191.000 interv. chirurg. sau 20 % din total interv. chirurgicale din spitale.
INCAP. TEMP. DE MUNCA - 1980	7698,3 mii zile (105 zile p. 100 personal); F>M - rang 3 (14 % din toate bolile) după cardio-vasc. şi traumatisme (rang 1 în chimie, sticlă-porţelan, ocrot. sân; rang 2 în extracţia cărbunelui, petrol, în metal, fer, lemn, textile, confecţii, agric., construcţii)
INVALIDITATE: la vîrste act-1980	- 20.370 invalizi (2,8 p. 1000 asiguraţi) - rang 4 (8,4 % din 100 invalizi toate bolile) după cardio-vasc., boli psih., neurol. - nivele mari la aceleaşi ramuri industriale
MORTALITATE: 1979	- 9.800 decese (44,5 ‰), M > F - rang 5 după cardio-vasc., tumori, ap. respir., accidente.
TENDINTA morbidităţii (b.ulceroasă, enteropatii, hepatopatii) în creştere DURATA şi CONSUMUL MEDICAL al acestor boli : mare	
CONSUM FINANCIAR/an:	- cost spitalizări 644,8 mil. lei (8,5 % din buget spitale) - retrib.conced. medicale 461,9 mil. - productiv. muncii nerealiz. 8.468,1 mil. - pensii invaliditate 212,8 mil. TOTAL 9.787,5 mil. lei (=3,3 % din venit naţ.)
PROGRAM SANITAR NATIONAL : Nu este elaborat a) profilaxie primară : identif. şi neutraliz. sau evitarea factorilor: - ereditari (aminoacidopatii, carenţă la betalipoproteine, malabsorbţia de cloruri, carenţă lactoză etc.); - imunfari (din hepatite cronice, rectocolite hemoragice); - toxici, infecţioşi (hep. virală, enterobacterioze); - din mediul şi modul de viaţă: nerespect. ritmului de alimentaţie, modif. proporţiei produselor alimentare, condimente, conservanţi, exces de alcool, fumatul, schimbarea climatului, stressul - boli gen. ce pot interesa ap. digestiv (nevroze, ateroscleroză, colagenoză, hemopatii, boli infecţ. gen.) b) profilaxie secundară : depistare şi rezolv. precoce a bolilor prin sist. serviciilor medicale; c) profilaxia terţiară: evitarea agrav., complic., asociaţiilor, stabilirea şi dezv. restantului funcţional prin dispensarizare, folosirea curei de ape minerale	

Aproape 2/3 din absenteismul bolilor digestive este dat de bolile cronice : 31 % - boala ulceroasă şi gastritele, 19%- litiaza biliară şi colecistitele, 8 % - hepatita cronică şi ciroza ficatului (cu tendinţă constantă de creştere) şi 6 % de enterocolitele cronice . In industria chimică, sticlă - porţelan şi în ocrotirea sănătăţii, absenteismul prin bolile aparatului digestiv ocupă primul loc, iar în industria extractivă, a petrolului , a lemnului , textile - confecţii , agricultură şi construcţii ocupă lo-

cul doi (tabel 66) .

Invaliditatea prin bolile aparatului digestiv ocupă în prezent locul IV în tabloul acestei morbidităţi, mai ales datorită hepatopatiilor şi bolii ulce - roase operate, cu frecvenţe mai mari în aceleaşi ramuri industriale şi ale economiei şi consumă anual 213 milioane lei din bugetul asigurărilor sociale (tabel 66) .

Tubel 67. Zile la loo personal prin boli ap. digestiv-România-1978

	M + F	M	F
sub 25 ani	1o7	91	126
25 - 34	116	1o6	132
35 - 44	148	145	154
45 - 54	178	175	185
55 - 64	1o8	122	62

Anual, aparatul digestiv provoacă în România aproximativ 9.8oo decese, cu o mortalitate (1979) de 44,5 ‰oo, ocupînd locul V după bolile cardio - vasculare, tumori, aparatul respirator şi accidente. Din acest punct de vedere, ţara noastră ocupă un loc intermediar faţă de alte ţări, unde mortalitatea variază între 22 ‰oo (Australia) şi 69 ‰oo (Austria) - şi la care supra - mortalitatea masculină este aproape regulă (exclu - siv în Anglia) - tabel 68 - .

Tabel 68- MORTALITATEA PRIN BOLI AP. DIGESTIV IN UNELE TARI - 1978 (decese la 100 000 loc.)

TARA		Toate virstele		
		M+F	M	F
1. Austria		68,5	83,8	54,7
2. Franţa	1976	66,2	80,6	52,4
3. R.F.G.		61,9	72,6	52,2
4. Ungaria		60,7	70,6	51,4
5. Italia	1976	59,7	78,3	41,8
6. R.D.G.	1974	58,7	58,7	58,8
7. Cehoslovacia	1975	49,5	57,2	42,1
8. Spania	1976	46,6	57,8	35,9
9. Belgia	1976	41,7	43,1	40,3
10. Suedia		39,5	46,0	33,1
11. România		38,8	47,8	30,1
12. Elveţia		35,3	41,0	29,8
13. Polonia		34,3	39,2	29,7
14. Grecia		32,8	39,6	26,3
15. Iugoslavia	1977	30,5	39,5	21,8
16. Danemarca		29,7	32,0	27,5
17. Anglia si T Gal.	1977	29,3	27,7	30,9
18. Bulgaria	1977	27,6	35,7	19,6
19. Norvegia		26,3	28,7	24,0
20. Olanda		25,7	25,8	25,5
21. Finlanda	1975	25,6	28,2	22,8
22. Japonia		33,3	41,0	25,8
23. S U A	1977	31,8	37,4	26,4
24. Australia	1977	22,0	26,5	17,6

In cadrul acestei mortalităţi, ulcerul gastric şi duodenal participă cu o pondere redusă (între 1/1o şi 1/6) faţă de cireza hepatică ce participă cu pînă la 2 /3 din mortalitatea digestivă (tabel 69 şi 7o) .

Ulcerul gastric şu duodenal, cu o supramortalitate masculină de pînă la dublu are nivele ce cresc cu vîrsta pînă la 96 ‰oo (tabel 69) .

Tabel 69-MORTALITATEA PRIN ULCER GASTRIC SI DUODENAL IN UNELE TARI - 1978 (decese la 100 000 locuitori)

Sexul, virsta / Tara		Toate virstele			M + F				
		M+F	M	F	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
1. Ungaria		10,9	14,4	7,7	4,0	8,3	17,0	36,6	96,5
2 R.D.G.	1974	9,7	13,3	6,6	2,6	6,4	14,1	33,8	65,0
3. Austria		9,5	11,3	8,0	2,1	4,9	10,5	31,1	80,8
4. Anglia si T Gal.	1977	8,4	9,2	7,6	0,8	3,6	10,3	26,5	79,8
5. Suedia		8,3	10,0	6,7	1,1	2,2	8,7	22,1	74,8
6. Italia		6,8	10,6	3,2	1,8	5,2	13,6	27,0	57,0
7. Danemarca		6,6	7,3	5,8	0,5	2,2	6,4	20,8	69,6
8. Cehoslovacia	1975	6,6	9,0	4,3	2,7	6,8	12,1	28,2	54,8
9. R.F.G.		6,2	7,9	4,7	1,7	4,9	7,3	20,3	48,9
10. Elveţia		6,1	6,5	5,7	0,6	2,4	8,1	16,7	66,7
11. Norvegia		6,0	7,2	4,8	1,4	2,5	7,1	19,2	53,9
12. Bulgaria	1977	6,0	7,8	4,1	1,4	5,0	10,5	27,3	53,3
13. Spania		5,7	8,3	3,2	1,3	4,5	9,4	25,8	63,7
14. Polonia	1976	5,6	8,3	3,1	2,9	5,9	13,6	28,9	41,8
15. Belgia	1976	5,1	6,2	4,1	0,8	2,1	6,7	17,1	50,4
16. Franţa	1976	4,9	6,6	3,2	1,1	3,5	7,1	17,2	39,3
17 Iugoslavia	1977	4,7	6,9	2,7	2,8	5,9	11,1	26,9	40,0
18 Olanda		3,8	4,7	2,8	1,1	1,4	4,7	13,2	49,1
19. Grecia		3,5	4,9	2,2	0,5	1,4	4,7	13,0	34,5
20. Finlanda	1975	3,5	4,1	2,9	0,9	2,5	6,6	15,8	39,5
21 Romania		3,1	4,7	1,6	2,1	4,6	6,7	14,3	20,7
22. Japonia		5,1	6,5	3,7	1,3	3,1	7,8	23,4	64,4
23. Australia	1977	4,6	5,5	3,6	1,2	4,5	9,9	18,5	60,5
24. S U A	1977	2,7	3,4	2,1	0,7	1,9	4,9	10,5	29,4

Sursa : Ann. St. Sanit. Planetara - OMS

Tara noastră are nivele favorabile şi egale în cele două medii sociale (urban şi rural). La ciroza hepatică, ţara noastră are nivele mari începînd cu vîrsta de 3o ani, date mai ales de sexul masculin şi în mediul urban (tabel 7o şi fig. 74) .

Datorită duratelor mari de boală, cu frecvente recidive şi spitalizări, implicaţiile economice ale bolilor cronice digestive la adulţi sînt mai mari ca la alte boli în majoritatea ţărilor. In România ele consumă 8,5 % din bugetul spitalelor şi adăugînd retribuţiile pentru concedii de boală şi invaliditate şi c/v productivităţii nerealizate consecinţele economice sînt aproximativ de 3,3% din venitul naţional (tabel 66) .

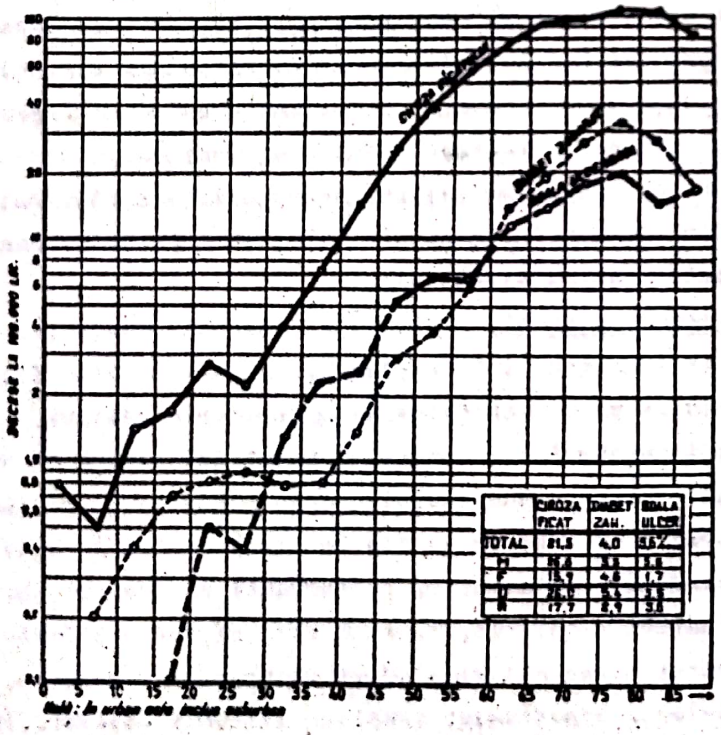
Factorii cauzali sau cu risc de îmbolnăvire la cele trei grupe de boli cronice digestive (maladia ulceroasă, enteropatiile şi hepatopatiile cronice) sînt multipli : în parte sînt co - muni acestora, alţii sînt particulari fiecărei boli, iar unele din bolile cronice digestive sînt consecinţe ale bolilor generale ori numai ale bolilor tubului digestiv. Ei pot fi arbitrar grupaţi în : ereditari, imunitari, toxici, in - fecţioşi , din mediul şi modul de viaţă, datorită bolilor generale ale organismului ce pot interesa aparatul digestiv. Coexistenţa mai multor factori în declanşarea sau întreţinerea uneia din bolile cronice digestive se întîlneşte în cea mai mare parte din cazuri. Cunoştinţele existente asupra unora din factorii cauzali cu risc de îmbolnăvire şi eficienţa verificată prin intervenţia asupra lor arată o largă arie de disponibilităţi de măsuri profilactice, atît prin atitudinea activă a serviciilor medicale cît şi prin comportamentul avizat corect al populaţiei. Pe lîngă cercetările fundamentale, studiile epidemiologice în populaţie au mare valoare în cunoaşterea factorilor cauzali şi în orientarea priorităţilor de intervenţie .

Tabel 70 - MORTALITATEA PRIN CIROZA A FICATULUI IN UNELE TARI - 1978
- decese la 100000 locuitori -

Sexul, virsta / Tara		Toate virstele			M + F					
		M + F	M	F	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
1. Italia	1975	33,3	48,1	19,2	3,4	16,2	45,0	90,8	128,8	139,0
2. Franţa	1976	32,9	47,6	18,9	3,1	24,1	62,8	95,9	113,2	72,8
3. Austria		31,2	47,2	17,0	3,7	19,9	50,0	74,2	96,6	101,6
4. R.F.G.		27,6	38,9	17,4	5,1	28,6	42,7	59,1	80,5	91,6
5. România		24,7	31,1	18,3	3,4	13,8	37,9	78,8	101,6	112,9
6. Spania	1976	23,4	32,9	14,4	2,2	13,3	36,1	69,0	97,4	112,4
7. Ungaria		23,0	31,7	14,8	4,9	15,2	38,8	59,6	69,6	73,5
8. Cehoslovacia	1975	17,3	25,1	9,9	2,5	12,1	25,5	43,8	65,6	74,6
9. Iugoslavia	1977	15,1	21,1	9,3	1,8	11,6	28,5	51,0	67,8	61,1
10. Belgia	1976	14,4	17,9	11,1	1,2	4,8	18,5	35,9	48,9	62,9
11. Elveţia		13,3	20,2	6,8	0,6	8,6	19,4	35,4	48,7	44,4
12. Grecia		12,6	17,7	7,6	0,8	2,5	18,2	33,1	49,8	74,6
13. Suedia		12,4	17,5	7,4	2,7	8,9	21,3	28,6	31,2	33,6
14. Polonia		12,0	15,6	8,5	1,3	6,7	18,7	30,2	58,1	72,6
15. R.D.G.	1976	11,8	15,3	8,8	1,5	5,0	11,8	23,8	42,3	53,3
16. Danemarca		9,8	12,5	7,1	1,9	7,6	16,8	25,9	26,9	29,4
17. Bulgaria	1977	9,3	13,4	5,2	0,8	3,7	12,8	26,7	36,1	39,8
18. Finlanda	1975	6,3	9,5	3,2	2,5	7,2	13,1	14,5	15,5	23,7
19. Olanda		5,2	6,5	3,9	1,0	2,9	10,9	13,4	14,5	27,8
20. Norvegia		5,1	6,6	3,6	1,3	2,4	9,7	10,7	15,5	16,2
21. Anglia şi T.Gal.	1977	3,7	4,1	3,3	0,6	2,0	6,1	9,8	11,8	9,7
22. SUA	1977	14,3	19,2	9,6	3,8	15,3	33,8	45,4	42,5	27,1
23. Japonia		14,0	20,7	7,6	1,2	10,4	26,5	37,3	55,6	89,8
24. Australia	1977	8,3	12,1	4,6	1,5	8,6	21,6	30,2	23,7	19 1

Sursa : Ann.St. Sanit Mondiales - OMS

Fig. Nr 74 - MORTALITATEA PRIN CIROZA FICATULUI (COD 581), BOALA ULCEROASA (COD. 173-176) şi DIABET ZAHARAT (COD 0,96) PE GRUPE DE VIRSTA IN R.S. ROMANIA - 1974 -



Bibl: In orînduire după datele naturiene

Factorii ereditari, cunoscuţi pînă în prezent, se referă la defecte biochimice fundamentale, aşa cum sînt în : aminoacidopatii prin erori biochimice de absorbţie (la nivelul enterocitului şi tu - bilor renali) , carem -

ţa de betalipoproteine (acantocitoza), malabsorbţia ereditară de cloruri, icte - rele dienzimatice, polipoza familială etc. In enteropatia glutenică , datorită unui defect în scindarea glutenului din cereale, încă nu s-a precizat dacă în mecanismul intim intervine mai întîi o acţiune toxică asupra epiteliului sau un proces imun indus la nivelul corionului. Carenţa lactazică la descendenţii unor populaţii care n-au avut obişnuinţa consumului de lapte dulce este un exemplu al fondului ereditar uman care nu şi-a format sau " a uitat" unele echipări genetice pentru alimentaţie. Dispărută din zestrea genetică, deficienţa nu poate fi corectată întrucît odată cu încetarea consumului de lapte dispare mecanismul de control al sintezei de lactoză. Cunoaşterea acestor factori în populaţie asigură intervenţia profilactică prin excluderea din alimentaţie a produselor netolerate (aminoacizilor în cauză, a clorurilor, glutenului, lactozei sau altor dizaharide) dar este inoperantă în celelalte stări .

Pînă la cunoaşterea factorilor cu acţiune nespecifică ce intervin în forme de <u>boli autoimune</u> (din hepatita cronică, rectocolita hemoragică, gastropatia biermeriană), măsurile profilactice vizează prevenirea celorlalţi factori ce declanşează boala sau cronicizarea ei .

Profilaxia la vîrstele tinere a <u>infecţiilor digestive</u> (entero-viroze, bacterioze, parazitoze) evită o mare pondere de boli cronice (gastrite, enterocolite) ale adultului şi vîrstnicului. Un loc aparte în această grupă de factori îl ocupă hepatopatiile cronice, în care hepatitele cronice după hepatita virală (în condiţiile noastre epidemiologice) reprezintă majoritatea, iar cele de altă etiologie (toxică, procese autoimune etc) reprezintă o pondere mai redusă.

Reducerea frecvenţelor sau gravităţii unor <u>boli generale</u> care interesează şi aparatul digestiv (a nevrozei şi bolilor alergice cu manifestări digestive, a aterosclerozei ce poate genera sindroame ischemice acute sau cronice, colagenozele, hemopatiile etc) realizează reducerea bolilor cronice digestive.

Medicamente (generatoare de gastro-entero sau hepatopatii) aditivi alimentari, variate toxice din mediul de muncă sau casnic pot participa în declanşarea sau întreţinerea acestor boli crohice digestive .

Factori din <u>mediul şi modul de viaţă,</u> multipli şi obişnuit asociaţi, participă cu importantă pondere în apariţia şi întreţinerea bolilor cronice digestive. Ritmul neregulat în alimentaţie şi în funcţionarea organelor digestive, stressul, produsele alimentare netolerate (care provoacă tulburări pentru că nu pot fi scindate sau absorbite, cele care produc alergii, condimente etc), pregătirea culinară netolerată, trecerea bruscă de la un tip la altul de hrană, alterarea proporţiei uzuale dintre produsele alimentare, conservanţi şi produşi iritanţi din alimente, excesul de băuturi alcoolice, fumatul etc. reprezintă factori ce condiţionează apariţia sau întreţinerea gastritelor şi duodenitelor cronice, a bolii ulceroase, a enterocolitelor , hepatitelor cronice, litiazei biliare. Intervenţia unui factor genetic în combinarea prezenţei acestor factori de mediu,

aşa cum s-a observat în ulcerul duodenal sau litiaza biliară, pledează pentru complexitatea investigării lor şi a măsurilor profilactice. Rezultă că urbanizarea şi industrializarea - incriminate în condiţionarea unora din aceste boli cronice digestive - sînt mai curînd expresii ale factorilor citaţi şi a comportamentului individual pentru prevenirea acestora .

3.5.7.3. Prevenirea bolilor cronice digestive şi asistenţa medicală a bolnavilor

Profilaxia primară a bolilor cronice digestive vizează evitarea factorilor ce condiţionează apariţia sau întreţinerea acestora, inoperantă pentru unii din factorii ereditari sau imunitari, posibilă pentru factorii infecţioşi şi pentru bolile generale ce afectează aparatul digestiv, laborioasă dar realizabilă pentru asociaţiile variabile a factorilor de mediu, alimentari şi comportamentali. Stabilirea factorilor sau atitudinilor de protecţie, particularizaţi la stările fiziologice sau de vîrstă ale individului asigură atît prevenirea acestor boli cît şi realizarea rolului aparatului digestiv în nutriţia organismului .

Profilaxia secundară, prin cunoaşterea precoce a bolii, bolnavilor şi a grupurilor expuse la factorii de risc, identificaţi realizează reducerea gravităţii , a recidivelor şi consecinţelor acestora .

Profilaxia terţiară, prin stabilirea restantului funcţional - dispensarizare - obţinerea unui comportament de protecţie şi prin tratamente (dietetic, ape minerale etc) asigură evitarea agravărilor, complicaţiilor şi menţinerea capacităţii de muncă .

In asigurarea asistenţei medicale a bolnavilor, participarea cooperantă a tuturor eşaloanelor medicale (dispensarul medical teritorial şi de întreprindere, policlinica, spitalul) asigură eficienţa programului sanitar teritorial în cunoaşterea factorilor cu risc, în depistarea şi rezolvarea bolii în populaţie şi în reducerea consecinţelor multiple a acestor boli cronice .

Scanned with OKEN Scanner

4.0. ORGANIZAREA OCROTIRII SANATATII SI ASISTENTEI MEDICALE A POPULATIEI

Din capitolele anterioare s-a putut reţine că există astăzi pe glob o mare diversitate a problemelor de sănătate - a tablourilor teritoriale de morbiditate, a gravităţii şi implicaţiilor ei multiple. Există, deasemenea, o tendinţă certă de ameliorare a sănătăţii colectivităţilor în toate teritoriile, dar în rate diferite în raport de : sistemul social politic - destinat să dirijeze eforturile tuturor pentru o sănătate mai bună, de conceptul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a populaţiei şi de posibilităţile de rezolvare - materiale, umane şi tehnice - de care dispune fiecare colectivitate . In modul de asigurare a sănătăţii populaţiei, a promovării, apărării şi refacerii sănătăţii de către conducerea colectivităţii, de către stat, există concepte diferite ce derivă din principiile de bază ale celor două sisteme social - politice :socialist şi capitalist, după cum statul îşi asumă sau nu (total sau parţial) răspunderea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a întregii populaţii. Ca urmare, prin ocrotirea sănătăţii se înţelege un complex de măsuri economice, sociale, culturale de igienă, de epidemiologie şi de asistenţă medicală luate de către stat cu scopul de a promova, apăra şi reface sănătatea populaţiei. Iar asistenţa medicală cuprinde complexul de activităţi şi acţiuni preventive , curative şi de recuperare desfăşurate de către serviciile medicale şi de sănătate în scopul asigurării promovării sănătăţii, prevenirii şi reducerii îmbolnăvirilor în populaţie, depistării şi rezolvării precoce a bolilor şi reducerii gravităţii şi consecinţelor acestora .

4.1. Sisteme organizatorice ale ocrotirii sănătăţii şi ale asistenţei medicale existente azi pe glob

In lume există astăzi trei sisteme de ocrotire a sănătăţii şi de asistenţă medicală [x] : asistenţa publică, asigurare în caz de boală şi serviciul naţional al sănătăţii . Acestea corespund grupelor de ţări : în curs de dezvoltare, ţărilor industrializate capitaliste şi ţărilor socialiste . In cadrul fiecărui sistem există forme ce particularizează fiecare ţară, după cum există ţări în care coexistă mai multe sisteme .

a) Sistemul de asistenţă publică funcţionează în ţările în curs de dezvoltare economică şi de transformare socială din Asia, Africa, America Latină (aproxim.

x) Forum mondial de la Santé., I (1,2), 9o-1oo (198o)

1,9 miliarde loc. sau 49 % din populaţia mondială). In aceste teritorii, practic nu există un sistem organizat de ocrotire a sănătăţii pe plan naţional. Asistenţa medicală destinată localnicilor se asigură printr-un sistem de asistenţă publică cu spitale şi serviciile lor ambulatorii exterioare, dispensare medicale (posturi sanitare) bugetate cu resurse financiare generale şi administrate de către departamentul sănătăţii. La acestea se adaugă practica medicală particulară, vindecătorii tradiţionali şi în unele teritorii, servicii de securitate socială pentru o parte restrînsă din populaţie (pentru muncitorii neagricoli şi funcţionarii publici) cu spitale, policlinici, dispensare şi cadre medicale proprii , întreţinute din cotizaţii.

b) Sistemul de asigurare în caz de boală funcţionează în ţările industrializate capitaliste din Europa occidentală, America de Nord, Australia , Noua Zeelandă, Japonia şi Israel (23 ţări cu 711 milioane loc. sau 18% din populaţia mondială). In general, ţările din acest grup, nu au un serviciu naţional de sănătate, iar asistenţa medicală se asigură printr-o variabilitate de forme guvernamentale şi neguvernamentale, bazată pe cotizaţiile de asigurări în caz de boală la care se adaugă şi participarea bugetului statului. Practic toate programele naţionale de asigurare în caz de boală sînt bazate pe remunerarea îngrijirilor medicale acordate de medicina particulară, în care scop medicii au contract cu guvernul sau cu casele de asigurări sociale autorizate,ori cu ambele.

c) Serviciul naţional al sănătăţii - ca sistem - funcţionează în 14 ţări, cu 1.254 mil.loc. sau 1/3 din populaţia mondială (9 din Europa,4 din Asia şi Cuba), ţări socialiste,industrializate sau în curs de industrializare rapidă.Spre deosebire de celelalte două sisteme, la acestea - asigurarea îngrijirilor medicale globale, (curative şi preventive) cuprinde toată populaţia . Intregul sistem de sănătate este finanţat de către stat şi practic toată populaţia şi toate bolile au gratuitate la asistenţă medicală şi la medicamente (exclusiv medicamentele în tratamentul ambulator al unor boli ce sînt suportate de către bolnavi). Funcţionarea acestui sistem - promovat de URSS şi adoptat de fiecare din aceste ţări - se bazează pe responsabilitatea ce şi-a asumat-o statul în conducerea şi organizarea unitară a ocrotirii sănătăţii şi a asistenţei medicale, dezvoltînd serviciile şi programele prioritare de sănătate prin integrarea lor în programele de dezvoltare social - economică, prin aplicarea profilaxiei şi prin antrenarea populaţiei în promovarea şi apărarea propriei sănătăţi. Coordonarea serviciilor şi acţiunilor medicale este realizată de către departamentul sănătăţii la nivel central şi de către corespondentul acestuia la nivel local. In realizarea priorităţilor programelor sanitare accentul principal se pune pe măsurile preventive şi pe asistenţa medicală ambulatorie ce asigură , teritorializat, accesibilitatea întregii populaţii la îngrijiri medicale începînd cu îngrijirile primare de sănătate .

Ca o caracteristică a actualei etape există tendinţa în toate teritoriile de a se trece - direct sau indirect - de la sistemul de asistenţă publică sau

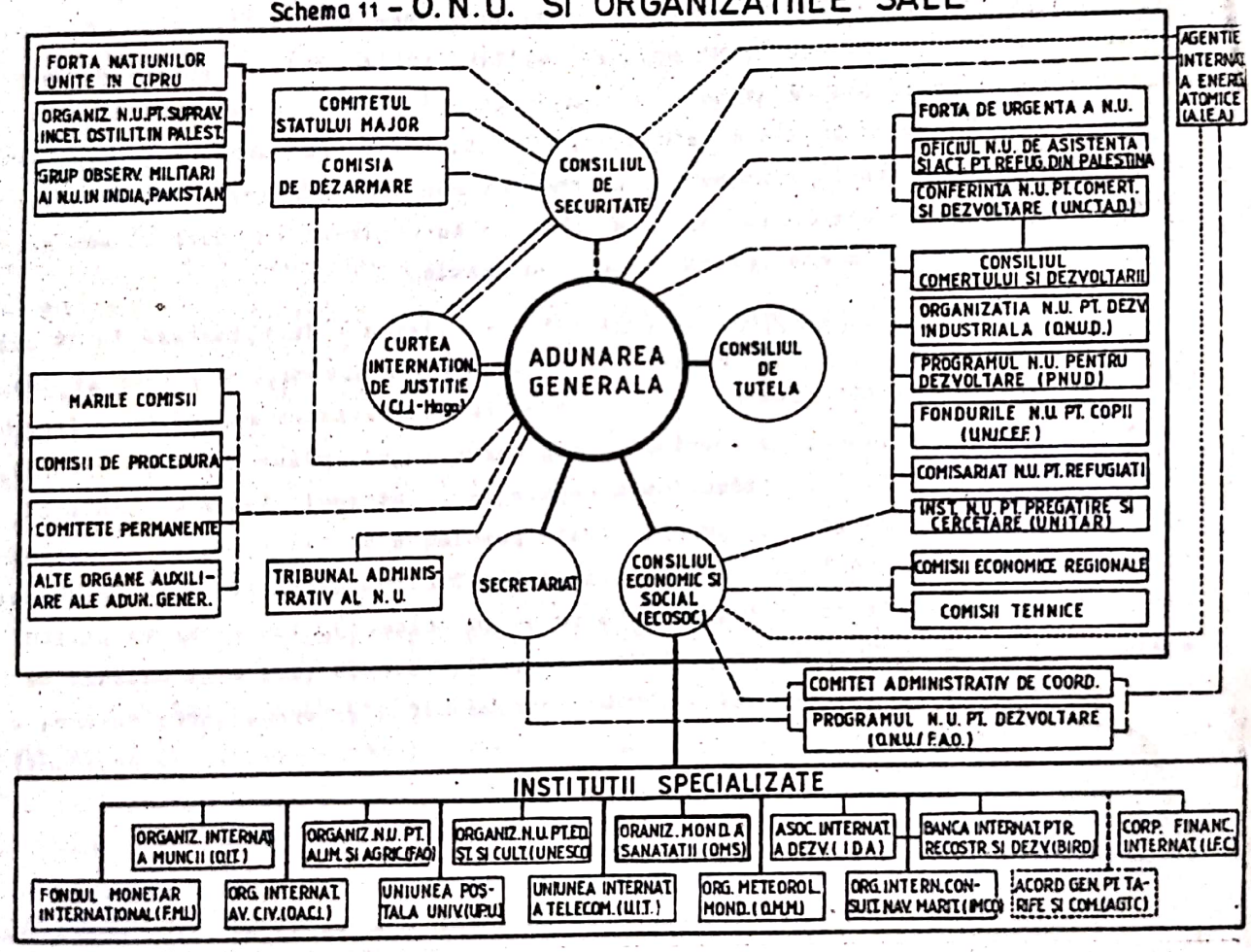
de asigurare în caz de boală la sistemul naţional de asigurare a ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale, considerat ca cel mai raţional şi eficace în obţinerea unei sănătăţi mai bune a întregii populaţii .

4.2. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS)

Cu toată diversitatea sistemelor şi concepţiilor de ocrotire a sănătăţii şi de asistenţă medicală de pe glob în ultimile decade s-a realizat o mai strînsă colaborare şi sprijin internaţional în rezolvarea problemelor de sănătate a populaţiilor prin eforturile comune dirijate de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii.

Instituţie de specialitate a Organizaţiei Naţiunilor Unite (schme 11), ea a fost creată în scopul " aducerii tuturor popoarelor la cel mai înalt nivel de sănătate ") x).

Schema 11 - O.N.U. SI ORGANIZATIILE SALE-:



Primele tentative pentru acţiuni sistematice şi eforturi conjugate ale statelor în cadrul unui for internaţional au început din a doua jumătate a secolului trecut determinate de nevoia combaterii bolilor transmisibile. Conferinţele sanitare internaţionale dela Paris (1851, 1859,1894) , Constantinopole (1866),

x) Constituţia OMS -

Roma (1885), Veneţia (1892), Dresda (1893) au precedat a XI-a Conferinţă sanitară internaţională (1903) la care s-a decis înfiinţarea Oficiului Internaţional de Igienă Publică. Acesta creat în 1907, avea atribuţia principală să comunice celor 12 state membre informaţii privind bolile transmisibile şi combaterea lor. După primul război mondial sarcina coordonării sanitare între ţări a revenit Ligii Naţiunilor, care a creat în acest scop Comitetul pentru Igienă. In atribuţiile acestui comitet reveneau : normalizarea biologică, condiţiile de viaţă, igiena rurală, învăţămîntul în domeniul igienei etc.

Activităţile desfăşurate de diferite organisme internaţionale din domeniul sănătăţii au fost preluate, dezvoltate şi organizate pe plan mondial de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii, primele acţiuni practice în vederea creării acesteia datînd din 1945, în cadrul pregătirilor pentru constituirea Organizaţiei Naţiunilor Unite. In urma rezoluţiei adoptate la Sesiunea din februarie 1946 a Consiliului Economic şi Social al ONU (ECOSOC), comisia desemnată de acesta elaborează în aprilie 1946 , proiectul Constituţiei viitoarei OMS , ce este adoptată de Conferinţa Internaţională a Sănătăţii în iulie 1946. Ratificarea Constituţiei OMS de către statele membre ale ONU la 7 aprilie 1948 marchează înfiinţarea acestei instituţii de specialitate a Naţiunilor Unite. De atunci , în fiecare an - pe tot globul , la 7 aprilie se sărbătoreşte Ziua mondială a sănătăţii.

Intemeiată pe principiul universalităţii , OMS se compune din membri şi membri asociaţi, care acceptă Constituţia şi sînt aprobaţi de Adunarea Mondială a Sănătăţii . La 1 ianuarie 1982 x) , OMS are 157 state membre şi relaţii cu 114 organizaţii neguvernamentale.

Conducerea OMS este asigurată de Adunarea Mondială a Sănătăţii , Consiliul executiv şi Secretariatul condus de directorul general care este de drept şi secretarul Adunării Mondiale a Sănătăţii, al Consiliului executiv şi al oricăror altor organe sau conferinţe internaţionale din domeniul sănătăţii .

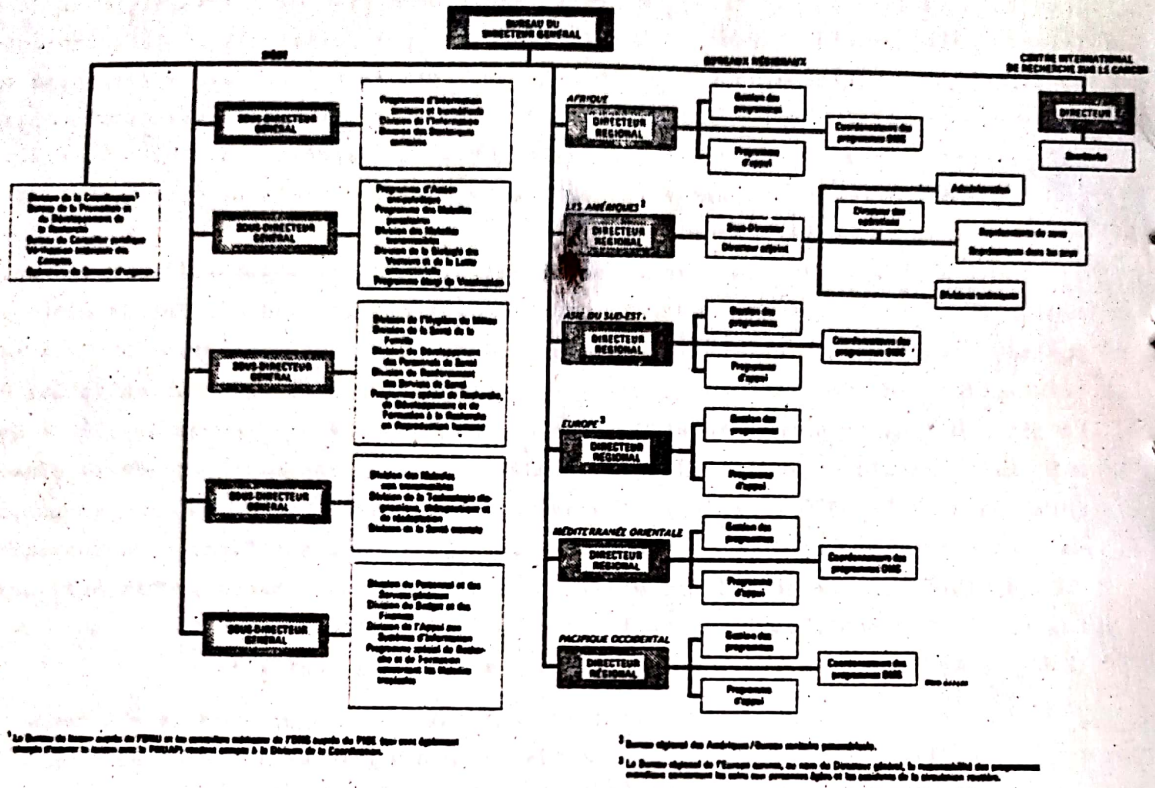
Structura interioară a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii - cu sediul la Geneva - cuprinde programe, servicii şi birouri grupate în divizii (schema 12) .

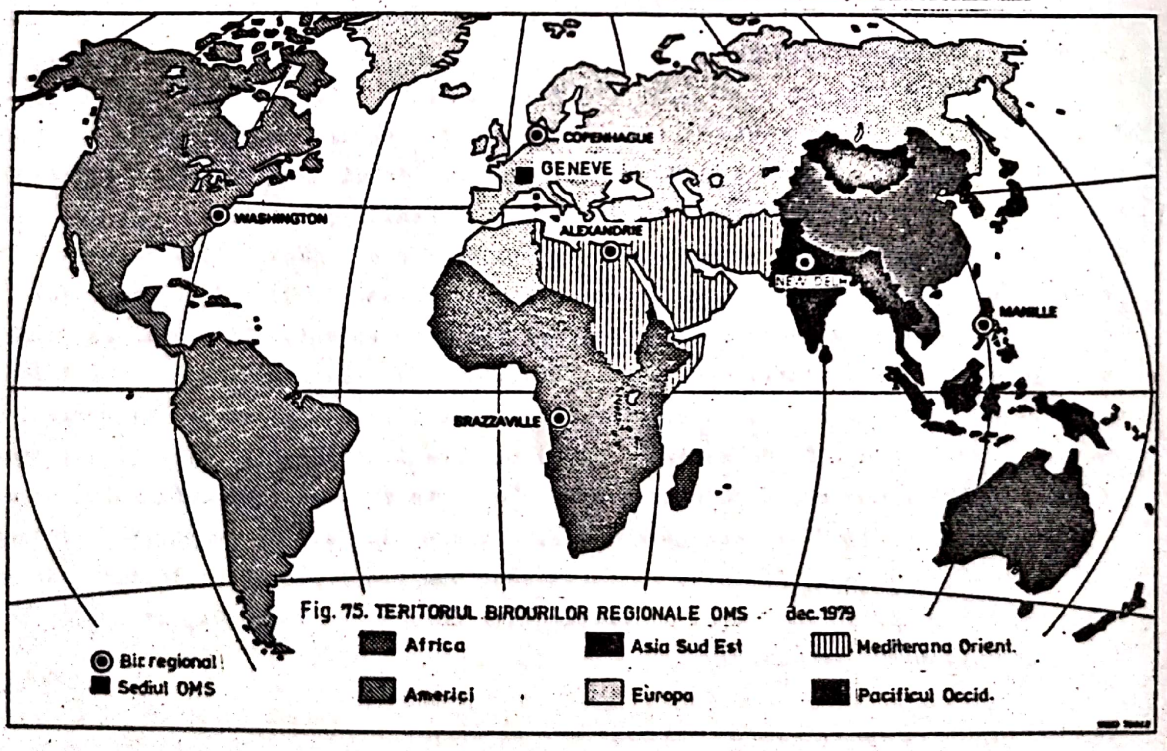
Organizarea exterioară a OMS cuprinde şase organizaţii regionale (fig. 75) stabilite după criterii geografice, deosebite de cele folosite în cadrul ONU şi al altor organizaţii internaţionale. Ele au fost create în scopul asigurării unei strînse legături între sediul central al organizaţiei şi autorităţile medicale ale statelor membre, precum şi pentru abordarea eficientă a problemelor de sănătate specifice fiecărei zone geografice. Fiecare din aceste organizaţii regionale îşi desfăşoară activitatea cu ajutorul unui comitet regional - alcătuit din reprezentanţii statelor membre şi asociate şi al unui birou regional, condus de un director regional (schema 12) .

---

x) Chronique OMS - 35 (6), 1981, pag. 262 .

Schema 12 Structure du Secrétariat de l'OMS dans son ensemble au 31 dec. 1981





Activitatea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii este desfăşurată de către sediul de la Geneva, de birourile regionale, de institutele şi centrele proprii sau ale ţărilor membre. Coordonarea organizaţiei mondiale este asistată - în îndeplinirea sarcinilor - de Comisia consultativă de experţi, Comitete de experţi şi grupe de cercetare .

In conformitate cu scopurile şi principiile constituţiei sale, funcţiile OMS au caracter tehnic, consultativ, de informare a guvernelor, de cooperare şi de sprijin a statelor, OMS formulînd recomandări iar Adunarea mondială adoptînd rezoluţii. Asistenţa tehnică se referă la : pregătirea personalului medical de toate categoriile, măsuri de combatere a principalelor boli, protecţia mamei şi copilului, reducerea malnutriţiei, ameliorarea asanării şi aprovizionării cu apă, promovarea sănătăţii mintale, planificarea şi executarea programelor de sănătate etc.

In cadrul funcţiilor consultative, OMS-ul contribuie la întărirea serviciilor naţionale de sănătate, facilitează cooperarea între grupurile ştiinţifice şi profesionale pentru promovarea sănătăţii, stimulează cercetarea ştiinţifică în problemele prioritare teritoriale de sănătate etc.

In afara acestora, OMS asigură unele servicii utile tuturor ţărilor: informări epidemiologice ; elaborarea de convenţii şi acorduri în problemele internaţionale de sănătate şi a Regulamentului sanitar internaţional; stabilirea de etaloane internaţionale pentru produsele biologice, pesticide şi preparate farmaceutice; formularea criteriilor de salubritate a mediului ; recomandări privind denumirile comune internaţionale pentru substanţele farmaceutice ; revizuirea Clasificaţiei internaţionale a bolilor, traumatismelor şi cauzelor de deces ; publicaţii tehnice etc.

Acţiunile sale se desfăşoară pe bază de programe de lung şi scurt termen, orientînd - prin acestea - birourile regionale şi statele membre pentru concentrarea eforturilor în ameliorarea continuă sănătăţii populaţiei .

In acest scop, al VI-lea program general de lucru adoptat de cea de a XXX-a Adunare mondială a sănătăţii pentru perioada 1978 - 1983[x)] cuprinde şase domenii prioritare, şi anume :

a) Organizarea asistenţei medicale teritoriale începînd cu eşalonul de bază ;

b) Reducerea bolilor : transmisibile (cu accentul pe cele şase boli infecto - parazitare tropicale şi pe vaccinări) , a bolilor cronice, a traumatismelor şi intoxicaţiilor ;

c) Ameliorarea salubrităţii mediului (aşezărilor umane, aprovizionare cu apă potabilă în cantitatea şi calitatea necesară, neutralizarea reziduiilor) ;

d) Formarea necesarului de cadre medico - sanitare şi creşterea tehnicităţii lor ;

---

x) Chronique OMS, 31 (1977), pag. 223 ş.a.

e) Dezvoltarea cercetării ştiinţifice medicale în concordanţă cu nevoile de sănătate ale populaţiei ;

f) Integrarea programelor de sănătate în programele social - economice teritoriale .

In acelaş scop, Adunarea mondială a sănătăţii a adoptat ca obiectiv şi concept (1977) : " ca pînă în anul 2000, toţi locuitorii globului să ajungă la un nivel de sănătate care să le permită o viaţă productivă din punct de vedere social şi economic " . Realizarea acestui obiectiv se sprijină pe cîteva strategii şi în principal pe asigurarea pentru toţi locuitorii a " îngrijirilor primare de sănătate " (a îngrijirilor medicale elementare bazate pe metode şi tehnici practice, valabile ştiinţific, acceptate de colectivitate şi accesibile tuturor) .

Pentru stimularea şi mobilizarea eforturilor guvernelor, a serviciilor de sănătate şi a populaţiei, anual OMS stabileşte o temă de sănătate pe durata anului calendaristic şi care este lansată de Ziua mondială a sănătăţii . Astfel , pentru anul 1981 tema s-a referit la " Sănătate pentru toţi, pînă în anul 2000", iar pentru anul 1982 : " Redaţi viaţa bătrîneţii " .

Fiind " o cooperativă internaţională de sănătate publică" fiecare din statele membre contribuie la bugetul OMS-ului şi fiecare poate beneficia de serviciile sale .

Republica Socialistă România este printre primii membri ai OMS (de la 8 iunie 1948), participă la activităţile ei prin iniţiative şi proiecte de rezoluţii ce au intrat în patrimoniul organizaţiei, fiind însuşite de adunările mondiale ale sănătăţii . Tot de 7 aprilie, odată cu comemorarea " Zilei mondiale a sănătăţii " s-a stabilit (printr-o reglementare de stat) şi " Ziua Sănătăţii " din R.S.România .

4.3. Principiile de bază ale ocrotirii sănătăţii în R.S.România

In procesul multilateral de edificare şi dezvoltare a patriei socialiste, Programul Partidului Comunist Român, situînd în centrul întregii acestei opere, omul, ca factor esenţial al dezvoltării economico - sociale, prevede satisfacerea în condiţii tot mai bune a cerinţelor sale de viaţă, dezvoltarea sa armonioasă - fizică, intelectuală şi morală -, asigurarea bunăstării materiale şi spirituale a întregii populaţii. In cadrul acestora, asigurarea sănătăţii populaţiei constituie unul din obiectivele principale, în realizarea căreia se întreprind măsuri complexe - economice, sociale, culturale şi sanitare - integrate în planul unic de dezvoltare economico - socială .

Ca urmare , la baza organizării ocrotirii sănătăţii din ţara noastră stau următoarele principii, suport al măsurilor complexe de promovare, apărare şi refacere a sănătăţii întregii populaţii :

1. Caracterul de stat, planificat şi unitar al ocrotirii sănătăţii ;

2. Accesibilitatea, teritorializarea şi ierarhizarea asistenţei medicale;

Scanned with OKEN Scanner

3. Aplicarea profilaxiei în promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii şi capacităţii de muncă ;
4. Fundamentarea măsurilor de ocrotire a sănătăţii pe baze ştiinţifice;
5. Participarea populaţiei la ocrotirea sănătăţii .

4.3.1. Caracterul de stat, planificat şi unitar înseamnă sintetic : preluarea de către stat a înfăptuirii ocrotirii sănătăţii întregii populaţii, realizarea acestei sarcini prin integrarea planurilor şi programelor sanitare în programele de dezvoltare economico - socială şi prin conducerea unitară de către stat - la nivel central şi teritorial - a întregului complex de măsuri de ocrotirea sănătăţii şi de asistenţă medicală a populaţiei .

Organizarea promovării, apărării şi refacerii sănătăţii populaţiei de către stat - una din importantele cuceriri pe plan social a oamenilor muncii - este înscrisă ca obligaţie în constituţia ţării sub forma : " statul înfăptuieşte ocrotirea sănătăţii ", realizîndu-se astfel dreptul la sănătate al tuturor cetăţenilor prin răspunderea ce şi-o asumă statul. Ca urmare acestei prevederi constituţionale, statul acţionează prin măsuri sociale, economice, culturale şi sanitare, prin organele centrale şi locale ale puterii şi administraţiei statului şi prin organizaţiile obşteşti .

Detalierea măsurilor şi angajarea tuturor compartimentelor vieţii şi activităţii social - economice şi a populaţiei în realizarea prevederilor Constituţiei este făcută prin numeroase reglementări şi anume : Codul familiei (legea 4/1954) ; codul muncii (legea 1o/1972); privind protecţia muncii (legea 5/1965); acordarea ajutoarelor materiale în cadrul asigurărilor sociale de stat (HCM 88o/ 1965) ; privind pensiile de asigurări sociale de stat, ale membrilor cooperativelor agricole de producţie şi ale ţăranilor cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate (legea 3,4 şi 5/977) ; asigurarea sănătăţii populaţiei (legea 3/1978) ; privind gratuitatea asistenţei medicale şi cu medicamente (decret 246/ 1958 şi decret 254/1971) etc.

Dezvoltarea continuă a economiei naţionale, creşterea venitului naţional, îmbunătăţirea condiţiilor de muncă,de locuit şi a alimentaţiei, dezvoltarea culturii fizice şi a sportului, dezvoltarea nivelului cultural al populaţiei, dezvoltarea unităţilor şi cadrelor sanitare, dezvoltarea acţiunilor de prevenire şi reducere a îmbolnăvirilor , creşterea calităţii asistenţei medicale etc. reprezintă cadrul larg, complex şi organizat prin care statul asigură ocrotirea sănătăţii populaţiei . In cadrul acestui mare sistem statal al ocrotirii sănătăţii funcţionează subsistemul de asistenţă medicală, condus, organizat şi finanţat de către stat. Ca urmare, concomitent cu creşterea venitului naţional şi a dezvoltării economiei naţionale s-au acordat, sectorului sănătăţii sume importante de la bugetul statului (tabel 71).

Prin acestea statul nostru socialist asigură :

- dezvoltarea numărului şi capacităţilor unităţilor sanitare şi a numărului de cadre medico - sanitare , corespunzător cu nevoile de sănătate şi cu posibilităţile venitului naţional;

- funcţionarea tuturor unităţilor medico - sanitare, dotarea acestora şi retribuţia personalului din aceste unităţi;

- gratuitatea asistenţei medicale şi cu medicamente pentru populaţie, a acţiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor şi de refacere a sănătăţii .

Tabel 71 - Dinamica cheltuielilor de la bugetul de stat pentru acţiuni social-culturale şi pentru sanatate în România 1950-1981 *)

milioane lei

Specificare \ Anul	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1981
TOTAL cheltuieli din bugetul de stat din care:	19073,2 (=100,0)	42915,7 (225)	55422,5 (291)	93057,3 (488)	130900,2 (686)	236166,6 (12 ori)	271823,2 (14 ori)
Acţiuni social-cult. din care:	3444,9 (=100,0)	6539,9 (190)	13245,7 (383)	20929,0 (607)	34019,0 (988)	50.915,9 (15 ori)	74353,5 (22 ori)
- Asigurări soc. de stat	826,8	1813,8	3539,9	5195,0	11.263,0	18.001,8	25.885,2
- învăţământ cultura, artă	1532,4	2523,4	4025,0	7.270,5	10156,9	13.821,8	19637,5
SANATATE	644,5 (=100,0)	1.798,5 (279)	2954,8 (458)	4.794,6 (744)	6930,2 (11 ori)	9852,9 (15 ori)	15.392,4 (24 ori)
- Ajutor de stat pt. copii	55,9	74,2	1726,4	2715,2	4.232,5	7.364,5	10.869,0
- Asistenţă soc. şi pensii **)	351,7	270,7	989,6	883,7	1219,9	1.599,5	2.183,3
- Educaţie fizică şi sport	33,6	59,2	100	66,0	186,5	275,4	386,1

*) Sursa datelor: Anuarul Statistic al R.S.România-1982, C.C.S. pag. 274-276

**) Alte pensii decît cele de asigurări sociale de stat.

Caracterul planificat al ocrotirii sănătăţii populaţiei , componentă a acestui principiu, se realizează prin includerea planului şi programului sanitar în planurile şi programele de dezvoltare social şi economică, de scurt şi lung termen, la nivel naţional şi teritorial. Se asigură astfel, de către stat, realizarea ocrotirii sănătăţii concomitent cu dezvoltarea economică şi socială, dezvoltarea echilibrată a tuturor acţiunilor de ocrotire a sănătăţii pe plan naţional, în toate sectoarele activităţii economice şi sociale şi în toate teritoriile ţării, Deasemenea, planurile şi programele sanitare - parte integrantă a celor de dezvoltare economică şi socială - pot astfel rezolva priorităţile sanitare (îmbunătăţirea continuă a sănătăţii mamei şi copilului, a populaţiei economic active, reducerea îmbolnăvirilor şi a consecinţelor acestora etc) cît şi dezvoltrea unităţilor şi cadrelor medico - sanitare concordant cu nevoile de sănătate ale populaţiei. La elaborarea planului sanitar şi a programului de realizare a acestuia se are în vedere : evoluţia numărului şi structurii demografice; dezvoltarea industrială, urbană şi sistematizarea teritorială, nivelele şi tendinţele morbidităţii , echiparea teritorială cu unităţi sanitare şi asigurare cu personal medico - sanitar , dezvoltarea acţiunilor preventive şi a asistenţei medicale ambulatorii etc .

Caracterul unitar al ocrotirii sănătăţii se realizează prin concepţiile (reprezentate de principiile de ocrotire a sănătăţii), prin obiectivele (înscrise în planurile şi programele de sănătate şi în actele normative) şi prin metodele unitare de lucru ce asigură unitatea conducerii de către stat al întregului sistem de ocrotire al sănătăţii populaţiei . Înfăptuirea politicii partidului şi statului în domeniul sanitar, aplicarea unitară a măsurilor privind asigurarea sănătăţii, organizarea, îndrumarea şi controlul acestei activităţi se realizează de Consiliul Sanitar Superior şi Ministerul Sănătăţii pe întreg teritoriul ţării. La nivelul judeţelor, oraşelor şi comunelor, sarcina ocrotirii sănătăţii populaţi-

ei revine consiliilor populare, în cadrul conducerii întregii activităţi economice sociale şi culturale din unităţile administrativ - teritoriale în care funcţionează. Organizaţiile socialiste, unităţile sanitare, întreaga colectivitate şi fiecare cetăţean au obligaţia să participe activ la crearea şi menţinerea condiţiilor corespunzătoare de viaţă şi de muncă în vederea apărării şi dezvoltării stării de sănătate a populaţiei .

4.3.2. Accesibilitatea , teritorializarea şi ierarhizarea asistenţei medicale

Accesibilitatea , teritorializarea şi ierarhizarea asistenţei medicale realizează, potrivit constituţiei, garantarea de către stat a dreptului la ocrotire a sănătăţii şi asigurarea accesului tuturor cetăţenilor la asistenţă medicală .

a) Accesibilitatea la îngrijiri medicale complete - preventive, curative şi recuperatorii - se realizează prin gratuitatea asistenţei medicale, prin creşterea numărului şi capacităţii instituţiilor şi a numărului de cadre medico-sanitare , prin apropierea asistenţei medicale de domiciliu şi de locul de muncă al populaţiei, prin dezvoltarea formelor active de asistenţă medicală şi prin creşterea adresabilităţii populaţiei la îngrijiri medicale preventive şi curative.

In ţara noastră, practic întreaga asistenţă medicală a populaţiei este suportată din bugetul statului . Gratuitatea asistenţei medicale şi cu medicamente [x)] permite realizarea programelor sanitare şi acţiunilor profilactice şi asigurarea asistenţei medicale. Acţiunile preventive (examenele medicale profilactice, vaccinările, depistarea clinică şi cu laborantorul a bolii în populaţie etc) au gratuitate totală. Sînt exceptate integral de la plată : bolile transmisibile (inclusiv tuberculoza şi bolile venerice), bolile profesionale, urgenţele medico - chirurgicale şi unele boli cronice (cancerul, guşa endemică, mejoritatea bolilor psihice, reumatismul articular acut, poliatrita cronică evolutivă, supuraţiile pulmonare etc) în dispensare, policlinici, spitale şi în asistenţa medicală la domiciliu .

Gratuitatea asistenţei medicale şi cu medicamente este prevăzută şi pentru grupe de populaţie : femeile în perioada de sarcină - naştere - lăuzie , copiii pînă la 16 ani, elevi, studenţi, militari în termen, sportivi legitimaţi, femei ce au trei copii, donatori de sînge, dependenţi sociali, etc. atît în ambulatorii cît şi în spitale . Oamenii muncii din producţia socială (inclusiv cooperatorii agricoli ce prestează efectiv munca), pensionarii şi familia acestora au gratuitate integrală în spitale şi plătesc medicamentele în asistenţa ambulatorie dacă nu se încadrează în grupele de populaţie sau la bolile excep-

x) Este reglementată în principal prin decret 246/1958, decret 1033/1966 şi decret 254/1971.

tate integral de la plată .

Concomitent cu asigurarea gratuităţii asistenţei medicale, dezvoltarea teritorială a reţelei sanitare şi alocarea fondurilor de la bugetul statului au permis dezvoltarea numărului şi capacităţii instituţiilor medico - farmaceutice şi a numărului cadrelor medico - sanitare (tabel 72) . Crearea de noi tipuri de instituţii medicale şi diversificarea lor în raport cu nevoile de sănătate ale populaţiei , amplasarea lor mai aproape de locul de viaţă (în oraşe şi sate) şi de muncă (în întreprinderi, şcoli), dezvoltarea asistenţei medicale ambulatorii , stomatologice, spitaliceşti şi farmaceutice prin noi construcţii cu funcţional adecvat au permis îmbunătăţirea indicatorilor de asigurare a populaţiei cu personal medico - sanitar , cu consultaţii şi tratamente, cu îngrijiri primare de sănătate şi asistenţă medicală specializată şi, ca urmare, creşterea accesibilităţii asistenţei medicale în toate teritoriile ţării .

Tabel 72 - Evoluţia dezvoltării asistenţei medicale în R.S.România 1950 - 1979

Specificare / Anul	1950	1979
- Nr. dispensare medicale	3594	3672
- Nr. dispensare - policlinici	207	431
- Nr. paturi asist. medicale la 1000 loc.	68.221 4,2	206.316 9,4
- Nr. paturi în spitale la 1000 loc	53.889 3,3	190.975 8,7
- Nr. farmacii	1289	1844
- Nr. creşe locuri în creşe	292 5.217	895 91.585
- Nr. medici (incl. stomat.) locuitori / 1 medic	15.583 1.047	38.075 578
- Nr. medici (excl. stomatol.) locuitori / 1 medic	14.660 1.112	31.285 705
- Nr. farmacişti	2281	6205
- Nr. personal mediu sanit. loc. / 1 cadru mediu	35.780 456	131.406 168
- Nr. consultaţii şi trat. - mii cons. şi trat. / 1 loc.	46.534 29	190.819 8,7
- Nr. internări în spitale - mii	1.215	5.128
- Cheltuieli din bugetul de stat pt. sănătate - mil. lei pentru 1 locuitor	644,5 40	13.376,3 607

Sursa datelor: Anuarul Statistic al R.S.România DCS-1980 pag. 598-603

b) Teritorializarea asistenţei medicale (aplicată în ţara noastră din 1812 în urban şi din 1862 în rural) constă în atribuirea unui teritoriu de acţiune fiecărei unităţi şi tip de unitate sanitară în care acestea îşi exercită obligaţiile , răspunderile şi competenţele stabilite prin regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare. Astfel punctul sanitar sătesc, de întreprindere sau şcolar are ca teritoriu : un centru populat rural, respectiv o întreprindere sau o şcoală ; dispensarul medical are ca teritoriu o comună, o parte dintr-un cartier urban, una sau mai multe întreprinderi, una sau mai multe şcoli ; o policlinică are teritoriul mai multor dispensare medicale, urbane şi rurale ; un spital general orăşenesc are teritoriul unei sau mai multor policlinici iar un spital judeţean are teritoriul mai multor spitale orăşeneşti existente în judeţ. Teritorializarea este aplicată şi centrelor medicale universitare x), centrelor şi institutelor naţionale şi teritoriale de specialitate, în atribuţiile şi activităţile ce le sînt stabilite .

---

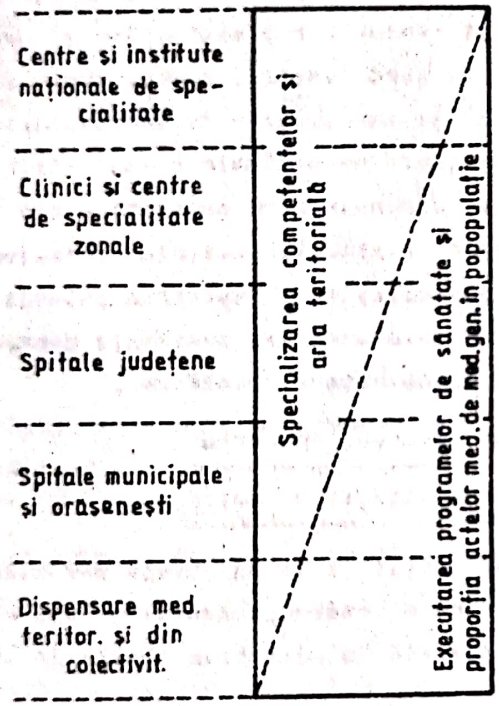
x) Reglementată prin ordinul comun al Min. Sănătăţii şi Min. Ed. şi Învăţ. nr. 95/1972 .

Aplicarea acestui principiu permite : desfăşurarea activităţii curente de asistenţă medicală a populaţiei arondate (teritoriale sau de colectivitate) , realizarea programelor sanitare şi executarea acţiunilor profilactice (depistarea bolii în populaţie, vaccinări etc), trimiterea de eşaloanele inferioare a cazurilor spre rezolvare la eşaloanele superioare de specialitate şi îndrumarea serviciilor medicale inferioare de către cele superioare .

c) Ierarhizarea asistenţei şi unităţilor medicale

Ierarhizarea asistenţei medicale constă în nominalizarea actelor şi activităţilor medicale cu stabilirea gradului de dificultate a acestora pentru unităţi de specialitate diferită sau pentru unităţi de aceeaşi specialitate. In acest sens pornind de la eşalonul de bază spre policlinica şi secţiile spitalului orăşenesc teritorial scade volumul asistenţei de medicină generală şi creşte cel al asistenţei de specialitate, sau pornind de la spitalul orăşenesc, judeţean spre clinici universitare şi institutele specializate - creşte dificultatea actelor medicale specializate, creşte aria teritorială a acestor unităţi, în schimb frecvenţa în populaţie a actelor medicale scade pe măsură ce ele sînt mai specializate (fig. 76). Odată cu stabilirea competenţelor pentru fiecare grad ierarhic (de comisii ale M.Săn.şi ale Dir. sanitare x)) se stabileşte dotarea cu aparatură şi specializarea cadrelor. Ca urmare, unei secţii dintr-un spital municipal, judeţean etc. poate să i se stabilească competenţe de grad inferior datorită lipsei dotării sau specializării medicale. Pe lîngă competenţele nivelului respectiv, o unitate medicală de categorie superioară are şi competenţele celor de categorie inferioară. Pentru spitalele din ţara noastră, ierarhizarea prevede patru categorii (clinici universitare , centre judeţene, spitale municipale - orăşeneşti, spitale rurale diferenţiate), fiecare din ele acţionînd într-un teritoriu arondat cu atît mai mare cu cît nivelul competenţelor este mai ridicat (fig. 76),-Ca, urmare, secţia de obstetrică sau de pediatrie din spitalul judeţean asigură rezolvarea cazurilor ce nu le poate rezolva spitalele orăşeneşti din teritoriul său; după cum secţia de obstetrică sau pediatrie din spitalul orăşenesc asigură rezolvarea cazurilor trimise de policlinicile şi dispensarele medicale din teritoriu ce nu le pot rezolva acestea, casele de naşteri respectiv staţionarele de copii

Fig.76- Ierarhizarea asistentei medicale



x) Ordin MS - 488/1981 (Bul.MS - 3/1981) privind criteriile orientative de competenţe ale secţiilor şi laboratoarelor din spitalele teritoriale .

arondate (subunităţi avansate în populaţie ale secţiilor de profil din spitalul teritorial). Ierarhizarea de competenţe se stabileşte între acestea şi policlinica teritorială, între serviciile din policlinică şi secţiile corespondente din spitalul teritorial . In rezolvarea cazurilor şi a programelor sanitare teritoriale se obţine , astfel o gradare a eforturilor într-o filieră ascendentă de unităţi sanitare de nivele tehnice şi competenţe diferite, avînd la bază unităţile de medicină generală - mai numeroase şi în continuare pe verticală numărul unităţilor specializate descrescînd numeric pe măsură ce creşte gradul lor de specializare (fig. 76) . Concomitent se realizează şi o legătură strînsă atît între spitalele de diferite grade ierarhice cît şi între componentele spitalului teritorial (spital - policlinică - dispensare medicale), o integrare a spitalului în policlinică şi a acestora în dispensarele medicale .

In asigurarea eficienţii şi eficacităţii asistenţei medicale participă nu numai ierarhizarea serviciilor medicale ci şi concentrarea unităţilor şi cadrelor de acelaş profil sau de profile diferite . In ţara noastră, concentrarea se realizează pentru asistenţa de medicină generală şi ambulatorie de specialitate din oraşe. Amplasarea în aceiaşi clădire a dispensarelor medicale a unui cartier urban cu densitate mare a populaţiei - sub forma dispensarelor comasate - asigură program zilnic continuu pe durată mai mare a asistenţei medicale, folosirea raţională a aparaturii şi realizarea unei echipe medicale. Organizarea policlinicilor de mare capacitate în marile oraşe realizează aceleaşi avantagii pentru populaţie şi folosirea cu randament a cadrelor şi aparaturii medicale .

4.3.3. Aplicarea profilaxiei în promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii şi capacităţii de muncă

Aplicarea profilaxiei în ocrotirea sănătăţii şi în asistenţa medicală a populaţiei se bazează pe înţelegerea ştiinţifică a interdependenţei dintre organism şi mediu, pe recunoaşterea condiţiilor sociale în păstrarea sănătăţii şi îndepărtarea cauzelor bolii .

Concepţia profilactică stă la baza măsurilor social - economice pentru promovarea sănătăţii populaţiei, în elaborarea şi evaluarea programelor sanitare, în activitatea curentă de asistenţă medicală şi în orientarea cercetării ştiinţifice şi învăţămîntului medical. Prioritatea profilaxiei are nu numai motivaţii umanitare ci şi argumente sociale şi economice .

In cadrul sistemului socialist de ocrotire a sănătăţii şi de asistenţă medicală , conţinutul noţiunii de profilaxie are următoarele sfere :

- Prima sferă a profilaxiei , cea mai largă, cuprinde marile acţiuni de stat cu caracter economic şi social - cultural, care asigură satisfacerea nevoilor materiale şi culturale ale populaţiei . Aceste acţiuni se referă la condiţii sănătoase de viaţă şi de muncă, reducerea duratei săptămînei de lucru, concedii

de odihnă plătite, retribuţie bănească pe timpul bolii, asistenţă medicală gratuită, dezvoltarea culturii fizice şi a sportului de masă, dezvoltarea staţiunilor balneo - climatice pentru tratament şi odihnă, sistematizarea centrelor populate cu amenajarea spaţiilor verzi, industria alimentară şi a produselor de larg consum nenocive pentru sănătate, construcţia de locuinţe sănătoase, dezvoltarea unităţilor de ocrotire a copiilor etc ;

- A doua sferă a profilaxiei , mai redusă ca prima, se referă la complexul măsurilor de igienă a mediului de viaţă şi de muncă, la măsuri antiepidemice şi de protecţie a muncii care contribuie la asigurarea bunăstării igienice şi epidemiologice a teritoriului etc ;

- A treia sferă a profilaxiei, mai redusă ca a doua, se referă la acţiunile şi activităţile destinate depistării şi rezolvării active şi precoce a factorilor ce condiţionează boala în scopul prevenirii ei şi a bolii în scopul prevenirii agravării , complicaţiilor şi recidivelor cît şi a consecinţelor acestora. Această sferă îmbină latura profilactică cu cea curativă a activităţilor medicale sub denumirea de activităţi sau îngrijiri medicale curativo - profilactice, existente în toate eşaloanele medicale ambulatorii şi spitaliceşti .

4.3.4. - Fundamentarea măsurilor de ocrotire a sănătăţii pe baze ştiinţifice

Rezolvarea promovării , apărării şi refacerii sănătăţii populaţiei necesită să se bazeze permanent pe cuceririle ştiinţifice şi tehnice generale şi medicale .

In acest scop cercetarea ştiinţifică medicală din ţara noastră are ca principale obiective[x] ! cunoaşterea fenomenelor biologice legate de adaptarea omului la viaţa modernă, prevenirea îmbolnăvirilor, frînarea proceselor degenerative ale organismului, prelungirea duratei vieţii şi a perioadei de activitate a omului, aplicarea de noi metode şi tehnici de profilaxie - diagnostic - tratament şi recuperare, utilizarea intensivă a resurselor indigene, a plantelor medicinale şi a factorilor naturali de cură .

De orientarea cercetării ştiinţifice medicale şi de realizarea obiectivelor planului unic de cercetare ştiinţifică medicală răspund Ministerul Sănătăţii şi Consiliul Naţional pentru Stiinţă şi Tehnologie (CNST). Ministerul Sănătăţii conduce activitatea de cercetare ştiinţifică şi răspunde de promovarea noului în domeniul medicinei, de ridicarea permanentă a calităţii asistenţei medicale în toate unităţile sanitare prin aplicarea şi generalizarea rezultatelor ştiinţifice .

Academia de Stiinţe Medicale - ca unitate a Ministerului Sănătăţii - potrivit statutului său [xx] - organizează şi răspunde de realizarea planului

x) Legea 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei, art.175 ş.a.
xx) Decret 586/1969 şi H.C.M. 1758/1969

unic de cercetare la nivelul dezvoltării ştiinţelor medicale pe plan mondial, precum şi de obţinerea unor rezultate cu aplicabilitate practică care să ducă la perfecţionarea asistenţei medicale.---

In realizarea cercetării ştiinţifice medicale participă : institutele, centrele şi colectivele de cercetare medicală, instituţiile de învăţământ superior medico - farmaceutic în cadrul activităţii integrate de asistenţă şi de învăţământ medical şi Uniunea Societăţilor de Ştiinţe medicale, ca organizaţie obştească - ştiinţifică şi profesională a personalului sanitar, ce contribuie la dezbaterea şi difuzarea rezultatelor cercetării ştiinţifice medicale. Activitatea acestora, a Editurii Medicale, îndrumarea şi sprijinul Institutelor şi clinicilor de specialitate în rezolvarea priorităţilor programului sanitar şi a asistenţei medicale contribuie la ridicarea nivelului ştiinţific al activităţii de ocrotire a sănătăţii populaţiei (Anexa 1)

La cercetarea ştiinţifică în domeniul ocrotirii sănătăţii participă şi unităţi de cercetare din alte domenii şi ramuri de activitate .

4.3.5. - Participarea populaţiei la ocrotirea sănătăţii

Cooperarea cu populaţia şi participarea ei la înfăptuirea ocrotirii propriei sănătăţi, la aplicarea în practică a măsurilor de prevenire a bolilor, pentru dezvoltarea şi gospodărirea bazei materiale a unităţilor sanitare se realizează prin :

- Comisia permanentă pentru sănătate, muncă şi asigurări sociale a Marii Adunări Naţionale şi Comisiile de Sănătate ale Consiliilor Populare. In cadrul acestora populaţia participă la studiul problemelor sanitare teritoriale, în elaborarea sau avizarea proiectelor de hotărîri în problemele sanitare şi în controlul aplicării hotărîrilor Consiliilor Populare în problemele sanitare şi activităţii unităţilor şi cadrelor sanitare ;

- Comisiile de Cruce Roşie (din întreprinderi, instituţii , şcoli, cartiere, comune) au obligaţia x), împreună cu conducerile unităţilor sanitare, să participe la răspîndirea cunoştinţelor sanitare, la formarea deprinderilor igienice, la mobilizarea populaţiei în realizarea acţiunilor profilactice, în pregătirea unor echipe de Cruce Roşie pentru sprijinirea unităţilor sanitare în situaţii de calamitate (inundaţii, cutremure etc), în antrenarea cetăţenilor în acţiunile de donare onorifică de sînge ;

- Sindicatele, prin sectorul de asigurări sociale, au obligaţia x), să participe la respectarea normelor de igienă şi de protecţie a muncii, la eliminarea factorilor nocivi de la locul de muncă şi prevenirea bolilor profesionale, la respectarea prevederilor legale privind acordarea concediului medical ;

- Comisiile de femei şi organizaţiile de tineret au deasemenea obliga-

x)Conf.legii 3/1978 de asigurare a sănătăţii - art. 13,14

ţia [x] să participe la acţiunile de ocrotire a sănătăţii şi de educare sanitară a mamei, copilului şi tineretului ;

- Celelalte organizaţii obşteşti sînt obligate [x] să participe la acţiunile de întărire şi apărare a sănătăţii ;

- Activul sanitar de masă, format din deputaţi, activişti ai Crucii Roşii, membre ale organizaţiei de femei, gospodine, pensionari ete sprijină acţiunile sanitare în populaţie în special ale dispensarelor medicale .

4.4. - SISTEMUL ORGANIZATORIC AL OCROTIRII SANATATII POPULATIEI DIN R.S. ROMANIA

Conducerea şi organizarea ocrotirii sănătăţii populaţiei din ţara noastră se realizează în cadrul sistemului organizatoric politico - administrativ al puterii şi al administraţiei statului .

1. Organele puterii de stat sînt la nivel central şi local

a) Organele centrale (supreme) ale puterii de stat (schema 13) sînt : Marea Adunare Naţională, Consiliul de Stat şi Preşedintele R.S.România.

- Marea Adunare Naţională - ca organ suprem al puterii de stat cu activitate în sesiuni, unicul legiutor - stabileşte modul de organizare şi desfăşurare a activităţii în toate domeniile vieţii economice, sociale şi culturale. Prin " Comisia permanentă pentru sănătate, muncă şi asigurări sociale a MAN se studiază proiectele de legi şi toate problemele interesînd sănătatea populaţiei care urmează să fie supuse dezbaterii şi aprobării Marii Adunări Naţionale .Comisia permanentă - în îndeplinirea sarcinilor şi atribuţiilor ei - cere Ministerului Sănătăţii, alter ministere şi oricăror instituţii, informaţii şi date în legătură cu problemele ce o interesează .

- Consiliul de Stat, organ suprem al puterii de stat cu activitate permanentă, subordonat Marii Adunări Naţionale, exercită - în intervalul dintre sesiuni - atribuţiile MAN în domeniul ocrotirii sănătăţii . Decretele cu putere de lege ce le emite sînt supuse ulterior spre ratificare Marii Adunări Naţionale.

- Preşedintele R.S.România, ca şef al statului reprezintă puterea de stat în relaţiile interne şi internaţionale, emite decrete prezidenţiale şi decizii, ce se supun MAN spre ratificare .

b) Consiliile populare judeţene, municipale, orăşeneşti şi comunale, ca organe locale ale puterii de stat (schema 13), lucrează în sesiuni şi adoptă hotărîri cu putere de lege în teritoriul lor (cu respectarea Constituţiei şi legilor ţării) . Prin " Comisia permanentă de sănătate, muncă şi asigurări sociale" studiază proiectele de hotărîri şi problemele ce interesează sănătatea populaţiei şi care urmează a fi supuse spre aprobare Consiliului popular . Princi-

x) Conf.legii 3/1978 de asigurare a sănătăţii - art. 13,14

palele atribuţii ce privesc ocrotirea sănătăţii populaţiei se referă la : adoptarea bugetului şi planului economic local - inclusiv bugetul şi planul privind ocrotirea sănătăţii ; înfiinţarea de unităţi economice şi instituţii de stat de interes local - inclusiv unităţile sanitare ; conducerea, îndrumarea şi controlul activităţii comitetelor executive şi a organelor lor de specialitate - inclusiv a Direcţiei sanitare judeţene . Consiliile populare organizează participarea cetăţenilor la rezolvarea pe plan local a treburilor de stat şi obşteşti.

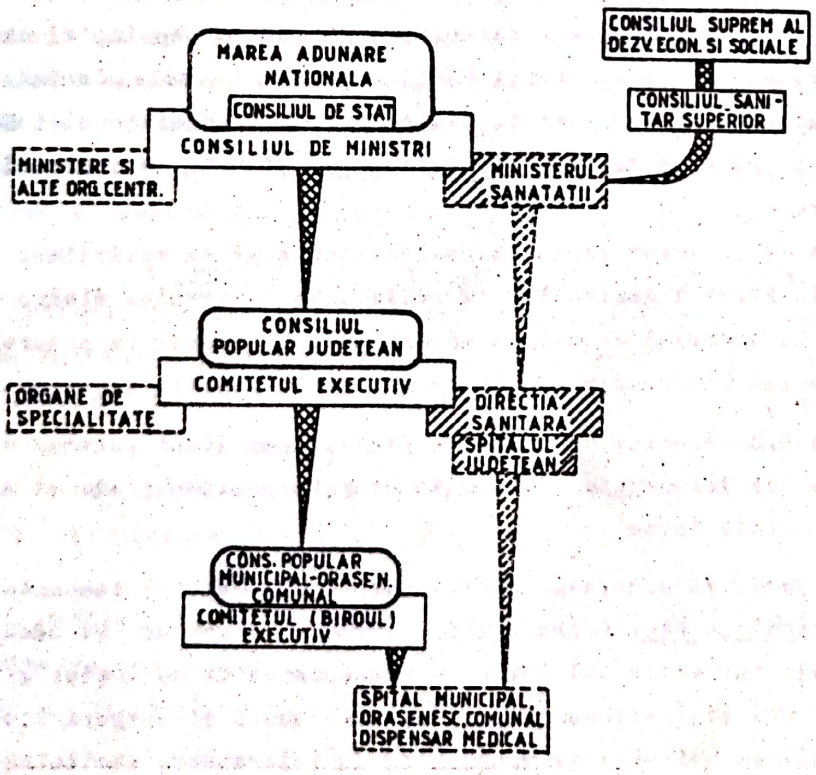
2. Organele administraţiei de stat sînt centrale şi locale

a) Organele centrale ale administraţiei de stat sînt Consiliul de Miniştri, ministerele şi altele (schema 13) .

- Consiliul de Miniştri (Guvernul) organizează şi asigură aplicarea legilor, decretelor şi hotărîrilor organelor supreme ale puterii de stat. El poartă răspunderea pentru elaborarea şi îndeplinirea planurilor de dezvoltare economico - socială şi a bugetului de stat, a programelor de cooperare economică cu alte ţări, pentru organizarea şi îndrumarea activităţii ministerelor, centralelor şi întreprinderilor. Consiliul de Miniştri se compune din conducătorii ministerelor şi a altor organe centrale ale administraţiei de stat .

- Ministerul Sănătăţii (schema 13) ca organ central de specialitate al administraţiei de stat, răspunde de îndăptuirea politicii partidului şi statului în domeniul asigurării sănătăţii, execută programele de sănătate şi celelalte măsuri stabilite pentru întărirea, apărarea şi refacerea sănătăţii populaţiei [x]. El poartă întreaga răspundere pentru buna organizare a activităţii în domeniul sănătăţii publice, pentru controlul şi îndrumarea de specialitate a tuturor unităţi - lor sanitare. Prin organele sale îndeplineşte funcţia de inspec - ţie sanitară de stat centrală . Conducerea

Schema 13 - Organele centrale şi teritoriale de conducere ale ocrotirii sănătăţii şi ale asistenţei medicale



x) Legea 3/1978 (art. 52 şi 53) şi Decretul 452/969 privind organizarea Min.Săn.

colectivă a Ministerului Sănătăţii este realizată de Consiliul de conducere a cărui componenţă se aprobă de Consiliul de Miniştri. Preşedintele Consiliului este Ministrul Sănătăţii, iar membrii consiliului sînt specialişti din principalele domenii de specialitate medicală. Ministrul Sănătăţii, pe baza şi în vederea executării legilor şi hotărîrii Consiliului de Miniştri emite instrucţiuni, ordine , acte cu caracter normativ, regulamente sanitare .

Unităţile sanitare din cadrul ministerelor cu reţea sanitară proprie (Ministerul Apărării Naţionale, Ministerul de Interne şi Ministerul Transporturilor şi Telecomunicaţiilor) pentru activitatea medico - sanitară sînt subordonate şi Ministerului Sănătăţii. Se asigură astfel aplicarea în practică a principiului unităţii de conducere a ocrotirii sănătăţii .

In vederea asigurării respectării normelor eticii şi echităţii socialiste de către întregul personal sanitar, pe lîngă Ministerul Sănătăţii funcţionează Colegiul Central de disciplină a personalului sanitar (art. 8e din Legea 3/1978) .

Modul în care Ministerul Sănătăţii, celelalte ministere şi organe centrale şi comitetele executive ale consiliilor populare judeţene asigură aducerea la îndeplinire hotărîrile de partid şi de stat în domeniul asigurării sănătăţii populaţiei este controlat şi analizat de către Consiliul Sanitar Superior. Acesta este subordonat, la rîndul lui, Consilului Suprem al Dezvoltării Economice şi Sociale (organ cu dublă subordonare - de partid şi de stat) - fig. 13.

Consiliul Sanitar Superior, potrivit competentelor şi atribuţiilor stabilite x) - ca organ de stat - elaborează liniile generale şi principalele obiective ale dezvoltării activităţii de ocrotire a sănătăţii populaţiei : elaborează programele sanitare pe termen lung ; dezbate proiectul planului cincinal de dezvoltare a ocrotirii sănătăţii în profil departamental şi teriteŕial; elaborează structurile organizatorice unitare ale reţelei sanitare ; adoptă programele prioritare de cercetare ştiinţifică în ocrotirea sănătăţii ; dezbate proiectele programelor naţionale privind prevenirea şi combaterea bolilor ce constituie probleme majore de sănătate ; stabileşte măsuri pentru îmbunătăţirea ocrotirea şi asistenţa mamei, copilului şi tineretului şi pentru îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii la locul de muncă ; adoptă planul unic de educaţie sanitară;stabileşte măsuri privind respectarea normelor eticii profesionale, întăririi ordinei şi disciplinei sanitare - Hotărîrile adoptate sînt obligatorii pentru toate organele centrale şi locale care au atribuţii în domeniul ocrotirii sănătăţii . In adunările Consiliului Sanitar Superior - ce au loc cel puţin de 2 ori pe an - se dezbat principalele probleme ale ocrotirii sănătăţii, iar problemele şi activităţile curente se dezbat în şedinţele biroului său executiv. In componenţa Consiliului Sanitar Superior sînt cadre didactice, cercetători

x) Decret Consiliului de Stat nr. 116/1975

ştiinţifici, directori ai direcţiilor sanitare judeţene, directori de spitale, medici de circumscripţie sanitară, farmacişti, alte cadre sanitare cu experienţă şi înaltă calfificare , reprezentanţi ai unor organe şi organizaţii centrale de stat şi obşteşti .

b) Comitetul (biroul) Executiv al Consiliului Popular al judeţului, municipiului, oraşului şi comunei (schema 13), ca organe locale ale administraţiei de stat, au competenţă generală în unitatea administrativ - teritorială respectivă : execută hotărîrile consiliului popular, elaborează şi execută planul economic şi bugetul local (inclusiv al sectorului sanitar), conduc - îndrumă şi controlează activitatea organelor locale de specialitate ale administraţiei de stat etc.

Direcţia sanitară judeţeană , ca organ local de specialitate al administraţiei de stat - subordonată [x)] Consiliului Popular al Judeţului (inclusiv Comitetului Executiv al acestuia) şi Ministerului Sănătăţii (schema 13) - asigură coordonarea , organizarea, conducerea şi controlul întregii activităţi de ocrotire a sănătăţii din toate unităţile sanitare de pe teritoriul judeţului . Conducerea Direcţiei Sanitare se realizează pe baza principiului conducerii colective de către Consiliul Oamenilor Muncii şi Adunarea Generală a reprezentanţilor oamenilor muncii . Conducerea colectivă a activităţii operative a Direcţiei Sanitare este exercitată de biroul executiv al Consiliului oamenilor muncii .

Direcţia Sanitară îndeplineşte următoarele principale funcţii : de îndrumare şi control tehnic a activităţii unităţilor sanitare din teritoriul judeţului ; de planificare şi dezvoltare ; de învăţămînt şi personal ; financiar - contabilă ; de gospodărire şi administrativă .

Ca organ local de specialitate al Consiliului Popular al judeţului, ea îndeplineşte următoarele principale atribuţii : asigură realizarea în teritoriu a politicii sanitare a partidului şi statului şi respectarea prevederilor legale în domeniul sănătăţii, organizează funcţionarea unităţilor sanitare ; organizează aplicarea normelor de igienă, de alimentaţie raţională, de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile; organizează asistenţa medicală profilactică, curativă şi de recuperare; execută sarcinile ce-i revin din programele de sănătate ; asigură elaborarea proiecteler de plan şi buget şi realizarea acestora pentru unităţile sanitare din subordinea consiliilor populare ; controlează practica profesională a personalului sanitar şi răspunde de perfecţionarea pregătirii profesionale şi de utilizarea judicioasă a acestuia ; urmăreşte aprovizionarea cu medicamente, dotarea cu instrumentar, aparatură şi materiale sanitare a unităţilor ; controlează utilizarea eficientă a întregii baze materiale a asistenţei medicale; răspunde de aplicarea măsuriler din planul unic de educaţie sanitară. Ea îndrumă activitatea filialei USSM şi a colegiului judeţean de disciplină a personalului

x) Decret 296/1973 (art.3) şi Legea 3/1978 (art.54)

sanitar şi conlucrează cu Comisia Judeţeană de Cruce Roşie. Periodic, Direcţia Sanitară raportează Consiliului Popular şi Ministerului Sănătăţii asupra rezultatelor obţinute şi măsurilor necesare pentru asigurarea sănătăţii populaţiei .

In municipii, oraşe şi comune, directorul spitalului şi respectiv medicul şef al dispensarului îndeplineşte şi funcţia de medic şef al municipiului, oraşului sau comunei (schema 13) .

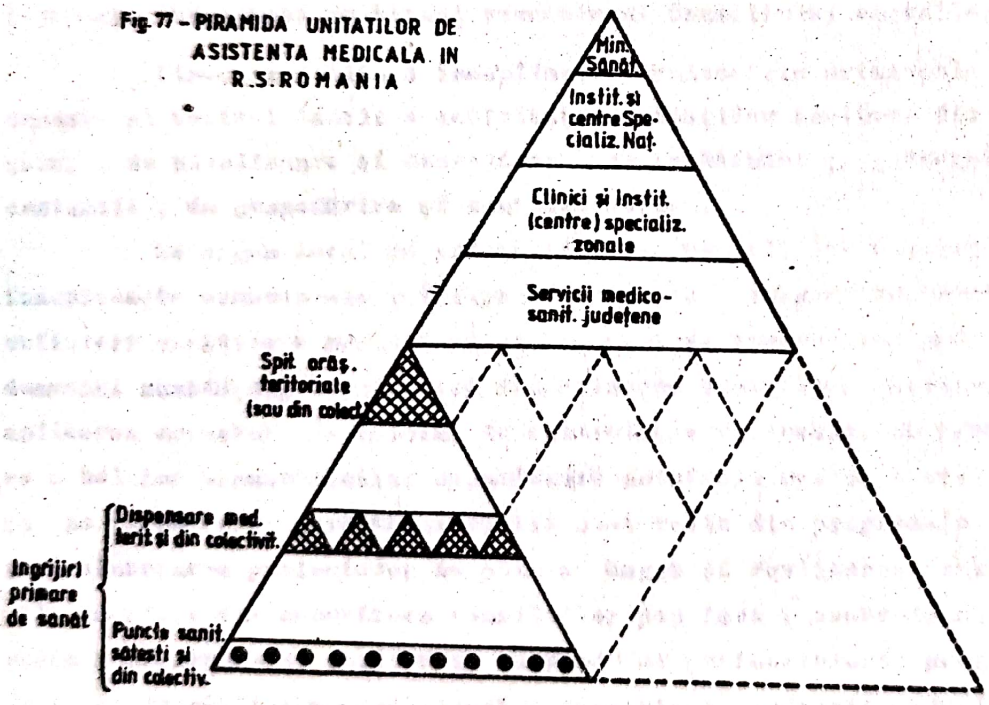
Pentru dezbaterea prebblemelor importante de sănătate a populaţiei şi pentru avizarea tehnică a măsurilor sanitare ce se întreprind, pe lîngă direcţia sanitară funcţionează consiliul sanitar judeţean ca organ tehnic consultativ şi comisii pe domenii de specialitate .

4.5. - SISTEMUL ORGANIZATORIC AL ASISTENTEI MEDICALE IN R. S. ROMANIA

Concepţia organizatorică în asistenţa medicală din ţara noastră se bazează pe principiile socialiste ale ocrotirii sănătăţii populaţiei, care integrează unităţile şi activităţile de asistenţă medicală în sistemul general de ocrotire a sănătăţii şi programele sanitare în planurile şi programele de dezvoltare economică şi socială la nivel naţional şi teritorial .

Asistenţa medicală se realizează în cadrul unui sistem naţional şi teritorial de instituţii medicale de variate tipuri care au sarcini, obligaţii şi competenţe stabilite prin reglementări de stat şi sanitare x). Acest sistem are la bază numeroasele unităţi de medicină generală (dispensarele medicale cu punctele lor sanitare) - de prim contact cu populaţia - amplasate în apropierea locului de viaţă şi de muncă, cu teritoriu arondat (sat, comună, cartier urban, întreprinderi şi şcoli) şi cu atribuţii de asigurare a îngrijirilor esenţiale pentru sănătate.

Fig. 77 - PIRAMIDA UNITATILOR DE ASISTENTA MEDICALA IN R.S.ROMANIA



Completarea asigurării asistenţei medicale se face de către policlinica şi secţiile cu paturi din spitalul orăşenesc teritorial, (coordonatorul şi figura centrală a asistenţei medicale) în a cărei structură funcţională sînt arondate dispensarele medicale. In teritoriul spitalului orăşenesc, în structura organizatorică a acestuia sau separat, funcţionează şi alte elemente ale sistemului ce

x) Legea 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei, Decretul 296/1973 privind stabilirea normelor unitare de structură a unităţilor sanitare, " Normele generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare aprobate prin ordinul Ministrului Sănătăţii 56/1974 .

completează sarcinile de asistenţă medicală ale spitalului (serviciu de salvare, serviciu de recoltare a sîngelui, laboratorul de epidemiologie, creşe, farmacii etc) .

Coordonatorul spitalelor orăşeneşti în teritoriul judeţului este spitalul judeţean, cu secţii de spital, servicii în policlinică şi instituţii sanitare unice în teritoriul judeţului (alte specialităţi în spital şi policlinică, sanatorii, preventorii, centrul sanitar şi antiepidemic, staţia de salvare, laboratorul judeţean de medicină legală, centrul judeţean de recoltare şi conservare a sîngelui, leagăn de copii, oficiu farmaceutic , etc) . La rîndul lor, aceste instituţii sînt mai puţine ca numărul spitalelor orăşeneşti. In continuarea ierarhiei pe verticală instituţiile sînt din ce în ce mai puţine pe măsură ce creşte specializarea lor (odată cu creşterea ariei atribuite). In acest sistem teritorial şi naţional al asistenţei medicale se realizează imaginea unei piramide, a cărei baze este reprezentată de dispensarele medicale cu subunităţile lor. (fig. 77) .

In conformitate cu prevederile legale x) spitalele, sanatoriile, preventoriile, institutele şi centrele medicale cu paturi se organizează ca unităţi cu personalitate juridică, dacă au minimum 12o paturi, iar creşele şi leagănele de copii se organizează ca unităţi cu personalitate juridică dacă au cel puţin 15o paturi . Secţiile de spital nu pot avea mai puţin de 5o paturi şi mai mult de 15o paturi (secţia de anestezie - terapie intensivă se organizează cu minim 2o paturi), iar dispensarul policlinic se poate organiza dacă are cel puţin 6 cabinete de consultaţii şi laboratoare medicale .

In cazul în care funcţionează în aceeaşi incintă mai multe unităţi, indiferent de capacitatea lor, ele se organizează într-o singură unitate cu o conducere şi administraţie unică .

Potrivit legii, unităţile sanitare cu personalitate juridică sînt instituţii de stat .

Unităţile sanitare de interes republican, persoane juridice, se înfiinţează de către Consiliul de Miniştri. Unităţile sanitare de interes local cu personalitate juridică se înfiinţează de către consiliile populare cu acordul Ministerului Sănătăţii .

Prin actul de înfiinţare al unităţilor sanitare se stabilesc denumirea şi sediul acestora, structura interioară, obiectivul activităţii, principalele atribuţii, competenţa teritorială, precum şi alte elemente necesare pentru organizarea şi funcţionarea lor .

Atribuţiile unităţilor sanitare şi sarcinile personalului din aceste unităţi se stabilesc prin regulamentele de organizare şi funcţionare, întocmite potrivit normelor în vigoare .

Desfiinţarea unităţilor sanitare precum şi modificarea obiectului activităţii, denumirii şi sediului acestora, se aprobă de către organele şi în condi-

x) Decretul 296/1973 privind normele unitare de structură a unităţilor sanitare

ţiile stabilite de lege pentru înfiinţarea lor .

Unităţile sanitare din subordinea consiliilor populare, care îndeplinesc şi sarcini de îndrumare tehnică, se stabilesc de către Ministerul Sănătăţii cu acordul comitetelor executive ale consiliilor populare judeţene .

Localurile unităţilor sanitare şi anexele lor trebuiesc să corespundă cerinţelor de igienă şi antiepidemice. Conducerile unităţilor sanitare au obligaţia de a asigura condiţiile corespunzătoare necesare obţinerii autorizaţiei de funcţionare .

Unităţile sanitare sînt obligate să înregistreze persoanele cărora le acordă asistenţă medicală, să le întocmească fişe de consultaţie, foi de observaţie şi alte asemenea acte, stabilite prin dispoziţiile legale .

De asemeni, ele eliberează, la cererea celor interesaţi şi potrivit dispoziţiilor legale, certificate medicale pentru incapacitate temporară de muncă, buletine de analiză, certificate de constatare a morţii şi altele .

Obligaţiile şi răspunderile care revin personalului sanitar şi unităţilor sanitare, în înregistrarea şi raportarea activităţii desfăşurate, documentele folosite şi circuitul acestora se stabilesc de către Ministerul Sănătăţii în conformitate cu actele normative privind sistemul informaţional în unităţile sanitare .

Numărul personalului aferent unităţilor sanitare se stabileşte în conformitate cu criteriile de normare .

In acordarea asistenţei medicale, personalul medico - sanitar trebuie să se conformeze normelor de etică şi deontologie medicală, să acţioneze întotdeauna în interesul bolnavului şi pentru promovarea stării de sănătate a populaţiei.

Personalul din unităţile sanitare trebuie să acţioneze pentru gospodărirea judicioasă a mijloacelor materiale şi băneşti, să evite risipa şi abaterea de la disciplina de plan .

Sistemul organizatoric al asistenţei medicale din ţara noastră, cuprinde multiple tipuri de instituţii care, prin atribuţiile şi competenţa lor, se completează reciproc în procesul de prevenire, refacere şi recuperare a sănătăţii populaţiei.

Aceste instituţii pot fi grupate astfel :

4.5.1. - Unităţi medico sanitare

4.5.1.1.- Spitalul, cu formaţiunile sale componente :

A - spitalul propriu - zis (partea cu paturi) ;

B - dispensarul policlinic (policlinica) ;

C - dispensarul medical : comunal (rural),urban, de întreprindere şi şcolar .

4.5.1.2.- Alte unităţi medico - sanitare

a)- Centrul sanitaro - antiepidemic judeţean ;

b)- Staţia de salvare judeţeană ;

c)- Laboratorul judeţean de medicină legală ;

d) - Centrul judeţean de recoltare şi conservare a sîngelui ;
e) - Creşa ;
f) - Leagănul de copii ;
g) - Sanatoriul ;
h) - Preventoriul ;

4.5.2. Unităţi pentru asigurarea populaţiei şi unităţilor sanitare cu medicamente, produse farmaceutice, aparatură şi produse tehnico - medicale .

4.5.3. Instituţii de cercetare ştiinţifică şi de învăţămînt medico - farmaceutic.

4.5.1. Unităţile medico - sanitare

In cadrul acestui grup de unităţi, figura centrală în asistenţa medicală a populaţiei este reprezentată de spitalul teritorial cu toate formaţiunile sale componente .

4.5.1.1.- SPITALUL

Este o instituţie medicală complexă care are în structura sa interioară (fig.78[x]) trei formaţiuni : partea cu paturi (spitalul propriu-zis) cu secţii de specialitate, dispensarul policlinic cu serviciile sale de specialitate şi formaţiunile de medicină generală sau eşalonul de bază (dispensarele medicale teritoriale, de întreprindere şi şcolare). Aceste formaţiuni fac parte din aceiaşi structură organizatorică şi au conducere unică, tehnică şi administrativă. Funcţiile spitalului au caracter medical şi social. Ca sarcini de bază, spitalul - prin formaţiunile şi cadrele sale - asigură îngrijiri medicale complete (preventive , curative şi de recuperare) a bolnavilor, traumatismelor şi gravidelor dintr-un teritoriu urban şi rural atribuit. Serviciile tehnico - medicale (laboratoarele) ale acestui complex asigură precizarea diagnosticului atît pentru bolnavii spitalizaţi cît şi pentru policlinică şi dispensarele medicale .

Prin dispensarele sale medicale, ca unităţi exterioare, spitalul desfăşoară activitate în familii - cu mediul lor de viaţă şi în colectivităţi - cu mediul şi specificul lor de muncă. El participă la activitatea de igienă, antiepidemică şi de educaţie sanitară şi realizează cooperarea cu populaţia în scopul promovării, apărării şi refacerii sănătăţii . Spitalul - în complexul formaţiunilor şi activităţilor sale - este bază de învăţămînt şi de cercetări bio - sociale .

In raport cu teritoriul arondat , de specialităţile ce le are în structura interioară şi de subordonarea sa, spitalele pot fi :[xx)]

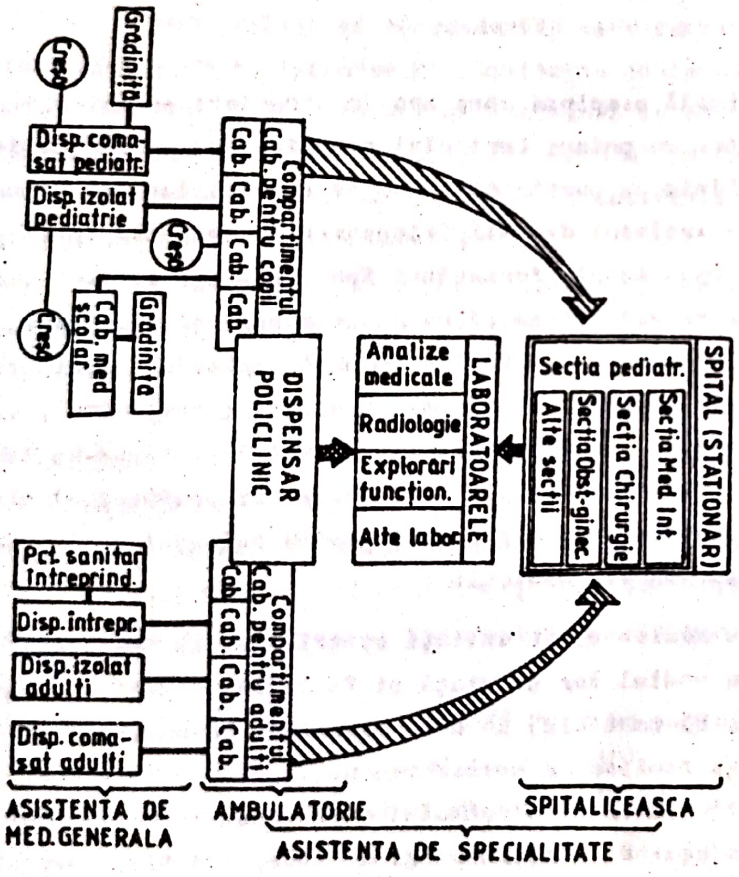
---

x) V.Coroi ş.a.- Medicină Socială , Edit.Did. şi Ped. - Buc. 1980, pag. 66
xx) Decret 296/1973, art. 3 şi Legea 3/1978, art. 25 ş.a.

- spitale republicane - subordonate Ministerului Sănătăţii ,
- spitale departamentale - subordonate altor Ministere (Ministerului Apărării Naţionale, Ministerului de Interne sau Ministerului Transporturilor şi Telecomunicaţiilor) ;
- spitalele judeţene, amplasate în oraşele reşedinţă de judeţ (cu cel puţin 700 paturi) trebuie să aibă secţiile de : medicină internă, chirurgie, obstetrică-ginecologie, pediatrie, ortopedie, traumatologie, anestezie terapie-intensivă, oftalmologie, ORL şi alte secţii de specialitate .

Ele au două grupe principale de sarcini: primul grup de sarcini îl reprezintă asigurarea asistenţei medicale complete a populaţiei din teritoriul urban şi rural atribuit, iar al doilea grup de sarcini constau în rezolvarea - de către policlinica şi formaţia sa cu paturi - a cazurilor ce sînt trimise de către policlinicile şi spitalele din teritoriul judeţului. La acestea se adaugă sarcini de îndrumare tehnică a unităţilor din structura proprie şi a celor din teritoriul judeţului şi de formare şi perfecţionare a cadrelor medii sanitare. Unele din spitalele judeţene pot avea şi sarcini pentru pregătirea postuniversitară a personalului medical superior .

Fig.78 - Structura interioară a spitalului general (municipal, orăşenesc)



In structura organizatorică a Direcţiei sanitare a judeţului funcţionează: laboratorul de educaţie sanitară şi laboratorul de analiză a stării de sănătate şi evaluare sanitară. Acestea au atribuţii pe întreg teritoriul judeţului şi sînt subordonate Directorului direcţiei sanitare .

Laboratorul de educaţie sanitară organizează, îndrumă şi controlează activităţile de educaţie pentru sănătate şi aplicarea planului unic de educaţie sanitară pe teritoriul judeţului. Acţiunile şi activităţile sale au drept scop

să dezvolte instruirea, deprinderile şi comportamentul populaţiei în vederea promovării, apărării şi refacerii sănătăţii şi pentru susţinerea programului sanitar teritorial .

Laboratorul de analiză a stării de sănătate şi evaluare sanitară organizează, îndrumă şi controlează activitatea de statistică sanitară din unităţile subordonate Direcţiei Sanitare. Indrumarea sa tehnică o realizează Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară al Ministerului Sămătăţii . In structura sa poate funcţiona şi o unitate de prelucrare automată a datelor .

Spitalele judeţene au dublă subordonare : Comitetului Executiv al Consiliului Popular al judeţului şi Ministerului Sănătăţii.

- Spitale municipale sau orăşeneşti, amplasate în municipii sau oraşe, prin formaţiunile din structura internă asigură asistenţa medicală completă a populaţiei din teritoriul urban şi rural atribuit. In structura formaţiei cu paturi (minim 4oo paturi la spitalul municipal şi minim 25o paturi la spitalul orăşenesc) ele trebuie să aibă cel puţin cele patru secţii de bază : interne, chirurgie, obstetrică - ginecologie şi pediatrie, la care să se adauge o secţie sau un nucleu de terapie intensivă şi serviciile tehnico - medicale. Funcţionarea continuă, prin program zilnic şi prin gărzi, asigură urgenţele medico - chirurgicale şi a altor bolnavi ce nu se pot rezolva ambulator .

Activitatea acestor spitale este coordonată şi îndrumată de spitalul judeţean. Spitalul municipal (orăşenesc)este subordonat comitetului executiv al Consiliului popular al municipiului (oraşului) şi direcţiei sanitare judeţene.

- Spitalele comunale (cu cel puţin 12o paturi), subordonate consiliului popular al judeţului sînt organizate în centre agricole intercooperatiste pentru asistenţa medicală a populaţiei din mai multe centre populate apropiate. Conform competenţelor ierarhizate, aceste spitale necesită să aibă în structura lor organizatorică: interne, obstetrică fiziologică şi pediatrie,un ambulator cu principalele servicii de specialitate, laborator clinic şi radiologie pentru asistenţa medicală spitalizată şi ambulatorie. Spitalul comunal este îndrumat tehnic de spitalul municipal (orăşenesc) teritorial şi de spitalul judeţean .

In ierarhia spitalelor, o categorie aparte o formează spitalele clinice judeţene, din centrele universitare medicale. Ele desfăşoară activitate de asistenţă medicală pentru populaţie, de îndrumare a spitalelor judeţene în teritoriul atribuit şi activitate de învăţămînt şi cercetare ştiinţifică medicală. Spitalul clinic este subordonat Ministerului Sănătăţii şi Comitetului executiv al Consiliului popular al judeţului .

Pentru asigurarea asistenţei medicale profilate pentru anume specialităţi - tuberculoză, boli infecţioase, psihiatrie, neuropsihiatrie ş.a. se pot organiza spitale pentru populaţia din mai multe judeţe sau de pe întregul teritoriu al ţării .

Spitalul se poate organiza şi la marile întreprinderi sau pe platforme-

le industriale, pentru asigurarea asistenţei de medicină generală şi de specialitate pentru personalul muncitor din unităţile respective, precum şi pentru populaţia teritoriului limitrof. In asemenea cazuri, spitalul răspunde pentru îndeplinirea sarcinilor ce le revin şi faţă de consiliul oamenilor muncii din întreprinderi .

Există în prezent o mare variabilitate de <u>tipuri constructive</u> pentru acest complex de asistenţă medicală, spitalul. Tipurile iniţiale, de clădiri izolate cu destinaţii pentru spitalizare şi activităţi administrativ gospodăreşti au comportat modificări determinate mai ales de specificul asistenţei medicale a bolilor transmisibile şi care a dus la realizarea de construcţii sub formă de pavilioane. Exigenţele crescînde ale tehnicizării procesului de asistenţă medicală şi ale condiţiilor de spitalizare pentru bolnavi au impus noi forme constructive care să ofere randament pentru activitate, eficacitate pentru actele medicale şi eficienţă pentru costurile asistenţei medicale. Ca urmare, în aceiaşi clădire-policlinica a fost amplasată la parter, laboratoarele de diagnostic în spaţiile vecine pentru a asigura atît bolnavii spitalizaţi cît şi cei ce nu necesită spitalizare. Perpendicular pe un lung culoar de circulaţie au fost amplasate spaţiile de spitalizare, ca unităţi constructive şi funcţionale. Clădirea cu mai multe etaje a obţinut forma unui "pieptene", ce a întrunit multiple calităţi faţă de formele constructive anterioare. Mai recent, la vechile exigenţe menţionate s-au adăugat cele ale comasării în acelaş complex de clădiri a tuturor secţiilor de specialitate, a policlinicii şi a laboratoarelor care să le servească în aceiaşi măsură. Ataşarea mai multor blocuri cu destinaţii distincte (copii-adulţi, policlinică, servicii tehnico - medicale, blocuri operatorii, servicii de terapie intensivă etc) şi cu circuite funcţionale adecvate a dus la realizarea sistemului constructiv spitalicesc de pelibloc articulat (fig.78 şi schema 15). Capacităţile lui de spitalizare variază între 500 şi 1000 paturi, cu dimensionarea proporţională a policlinicii şi a serviciilor tehnico - medicale incluse .

In <u>organizarea şi construirea unui nou spital</u> pentru un teritoriu sau pentru o colectivitate ocupaţională necesită a se avea în vedere următoarele :

- Cunoaşterea morbidităţii, a nevoilor de asistenţă medicală a populaţiei din teritoriul ce i se atribuie şi a priorităţilor programului sanitar teritorial ;

- cunoaşterea echipării teritoriului cu unităţi sanitare de bază (dispensare medicale), cu celelalte tipuri de unităţi sanitare şi a eficienţei acestora ;

- stabilirea teritoriului, a serviciilor şi a competenţelor de asistenţă medicală în cadrul sistemului regional al acestora (inclusiv a celor de învăţămînt şi cercetare, după caz) ;

- includerea policlinicii şi a serviciilor unice tehnico-medicale (pentru spital şi policlinică) în complexul constructiv care să asigure eficient

degrevarea ocupării costisitoare a paturilor de cazurile ce nu necesită spitalizare ;

- pentru îndeplinirea sarcinii cu prioritate absolută de către spital (urgenţele medico-chirurgicale) este necesar ca terapia intensivă să fie organizată unitar pe spital pe probleme de urgenţă (intoxicaţii, traumatisme, cardiopulmonari, arsuri etc) ;

- capacităţile de spitalizare mai mici de 300 paturi şi mai mari de 700 paturi nu asigură eficienţă în funcţionarea spitalului şi pentru activitatea medicală ;

- în elaborarea structurii interioare şi a schiţei generale a spitalului şi în amplasarea lui trebuie să participe : ingineri, arhitecţi, economişti, medici etc. cu îndelungată experienţă pentru a realiza unitatea de care este nevoie pe durata a 50 - 100 ani, evitînd rezultatele dezastroase datorită adoptării fără discernămînt a copiei planurilor de la un alt spital ;

- odată cu stabilirea structurii noului spital să se nominalizeze destinaţia vechilor clădiri cu evitarea paralelismelor de secţii sau laboratoare ;

- alegerea amplasamentului trebuie să asigure repartizarea echilibrată în teritoriu a unităţilor spitaliceşti, să evite comasarea excesivă a spitalelor într-un cartier şi să asigure nevoile noului spital în aprovizionare cu apă şi canalizare, energia electrică şi termică, gaze, legătura cu reţeaua de transporturi şi de telefon ;

- asigurarea cu ateliere proprii de întreţinere şi reparaţii a utilajelor, aparaturii şi instrumentarului sau legarea spitalului de serviciile publice locale ;

- întregul complex de clădiri, reţeaua teritorială de instalaţii şi amplasamentul stabilit să ofere posibilităţi pentru ulterioară extindere ;

- în proiectarea şi exploatarea spitalului să nu se uite nici o clipă că circuitele funcţionale dau valoarea construcţiei iar personalul medical dă valoarea eficienţei şi eficacităţii complexului spitalicesc .

Structura organizatorică, funcţiile şi sarcinile spitalului şi ale formaţiunilor sale componente

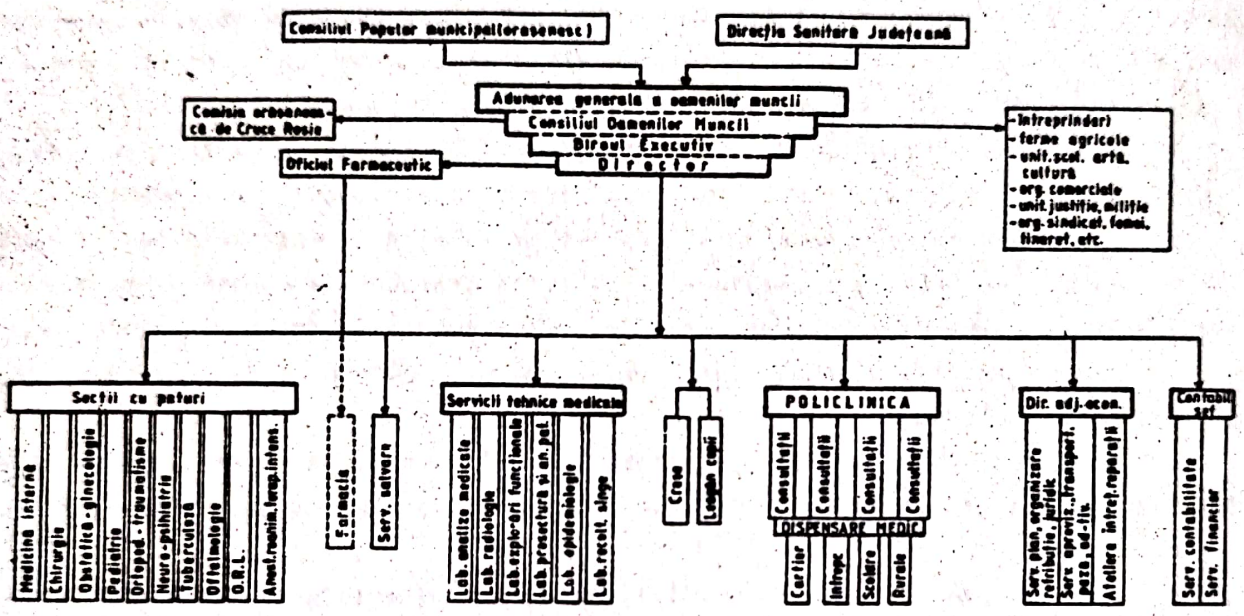
Pentru prezentarea acestora ne vom referi la un spital municipal (orăşenesc), cel mai frecvent întîlnit în ţara noastră .

El este subordonat Comitetului Executiv al Consiliului Popular al municipiului (oraşului) şi Direcţiei Sanitare Judeţene . Conducerea colectivă este exercitată de : adunarea generală a oamenilor muncii, consiliul oamenilor muncii şi biroul executiv al acestuia. In realizarea sarcinilor şi atribuţiilor colaborează cu Oficiul farmaceutic, cu întreprinderile, instituţiile, unităţile agricole, organizaţii de masă şi obşteşti din teritoriu cît şi cu comisia municipală de Cruce Roşie .

In structura organizatorică internă cuprinde : (fig. 14)

- formaţiunea cu paturi (spitalul propriu-zis) ;
- dispensarul policlinic ;
- dispensarele medicale (urbane, de întreprindere, şcolare şi rurale) din teritoriul arondat ;
- serviciile tehnice - medicale ;
- serviciul de salvare ;
- farmacia (din subordinea Oficiului farmaceutic) ;
- creşe şi leagăn de copii .

Schema 14 - ORGANIGRAMA SPITALULUI MUNICIPAL (ORĂŞENESC)



A.- **SPITALUL PROPRIU-ZIS**, ca parte componentă a acestui complex, asigură asistenţa medicală a bolnavilor ce nu se pot rezolva de formaţiunile de asistenţă ambulatorie .

La rîndul său, spitalul propriu-zis are următoarele părţi componente (schema 15[x]) :

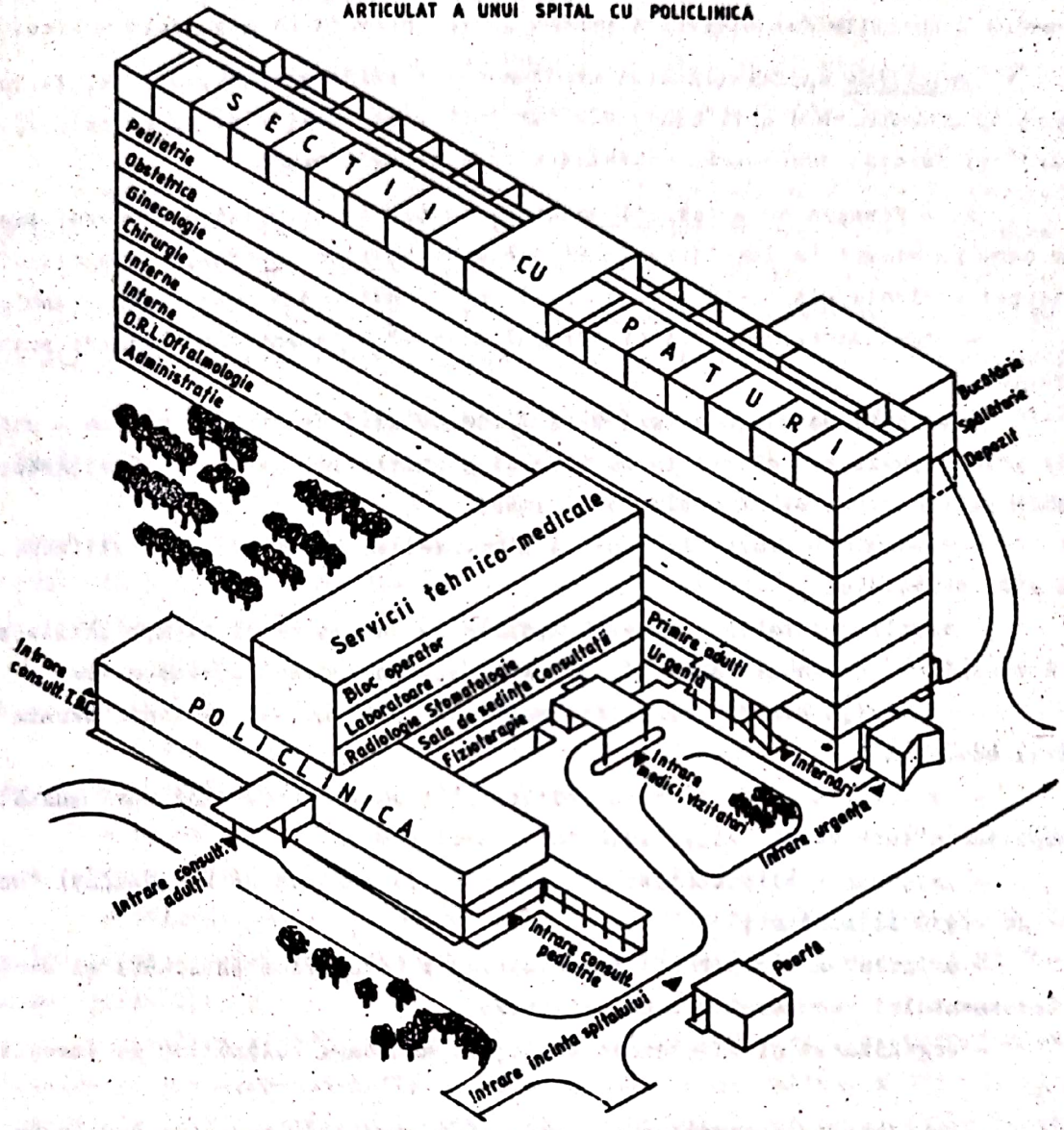
a) **Serviciul de primire** serveşte la efectuarea triajului medical al bolnavilor prezentaţi pentru internare. Urgenţele se primesc în spital în mod obligatoriu, acordîndu-se la acest nivel primele îngrijiri cu caracter de urgenţă.

In spitalul sau secţiile de boli contagioase ca şi în spitalele sau secţiile de pediatrie, serviciul de primire este prevăzut cu filtru boxat necesar izolării. La serviciul de primire bolnavii parcurg un anumit circuit, ajungînd în cazul admiterii internării la filtrul sanitar prevăzut cu spaţiu de dezbrăcare, baie, duş şi spaţiu de îmbrăcare cu efectele spitalului. De la acest nivel bolnavii sînt îndrumaţi spre secţiile cu paturi .

x) Reprodus după : M. Mihăilescu - Spitalul modern - Ed. medicală Buc., 1970, pag. 57

b) - Secţiile cu paturi se compun din saloane cu paturi şi au anexate spaţii necesare efectuării tratamentelor, serviciii mesei, depozitării efectelor curate etc.Fiecare secţie este condusă de un şef de secţie .

Schema 15 - AMPLASAREA SECTIILOR SI SERVICIILOR IN CONSTRUCTIA TIP POLIBLOC ARTICULAT A UNUI SPITAL CU POLICLINICA



c) - Serviciile tehnico - medicale(laboratoarele medicale) cuprind: laboratorul de radiologie, radioterapie şi izotopi, laboratorul de analize medicale, laboratorul de explorări funcţionale, laboratorul de anatomie patologică şi prosectură.

Ele funcţionează centralizat ca servicii unice pentru spital,policlinică şi dispensare .

d) - Serviciile tehnice generale, cu caracter administrativ ,economic-gospodăresc, variază ca dezvoltare cu numărul de paturi .

Indiferent de structura şi capacitatea spitalului, în cadrul comparti-

mentului administrativ funcţionează blocul alimentar, magaziile, spălătoria cu atelierul de lenjerie, centrala telefonică, centrala de radio şi televiziune cu circuit închis, centrala termică - de oxigen - de aburi - de aspiraţie, grupul electrogen de siguranţă, atelierele de întreţinere şi reparaţii, unele din ele asigurînd serviciile respective şi pentru policlinică şi dispensarele medicale.

Funcţiile spitalului sînt următoarele : de asistenţă medicală, de îndrumare şi coordonare a unităţilor din teritoriu, de învăţămînt şi cercetare, de personal şi funcţie economică, administrativ - gospodărească .

a) - Funcţia de asistenţă medicală asigură îndeplinirea tuturor măsurilor care se referă la îngrijirea medicală a bolnavilor internaţi şi sprijinirea asistenţei medicale din teritoriul arondat prin următoarele activităţi principale:

- organizarea primirii şi triajul medical al bolnavilor trimişi pentru internare ;

- asigurarea diagnosticului şi tratamentului urgenţelor medico - chirurgicale prin organizarea gărzii în unitate şi planificarea forţelor şi mijloacelor necesare satisfacerii eventualelor solicitări;

- examinarea medicală completă a bolnavilor internaţi şi instituirea imediată a tratamentului ;

- efectuarea tuturor investigaţiilor de laborator şi de specialitate necesare stabilirii diagnosticului şi aplicării unui tratament corespunzător ;

- supravegherea şi îngrijirea medicală a bolnavilor pe toată durata internării acestora ;

- asigurarea condiţiilor de cazare şi a unui microclimat corespunzător şi respectarea tuturor măsurilor igienico - sanitare ;

- asigurarea alimentaţiei dietetice şi supravegherea respectării indicaţiilor de regim alimentar ;

- asigurarea recuperării funcţionale a bolnavilor internaţi şi continuarea tratamentului recuperator după externare ;

- organizarea şi efectuarea educaţiei sanitare bolnavilor şi însoţitorilor ;

- sprijinirea unităţilor sanitare ambulatorii în munca de asigurare a asistenţei medicale curativo - profilactice şi antiepidemice a populaţiei .

Spitalul are obligaţia să primească şi să îngrijească nu numai bolnavii ale căror probleme de diagnostic depăşesc posibilităţile tehnice ale reţelei ambulatorii sau pe cei la care supravegherea medicală continuă se impune datorită gravităţii bolii, ci şi pe acei bolnavi al căror mediu familial nu le oferă condiţiile necesare procesului de îngrijire. In cadrul rolului său umanitar, spitalul, prin cadrele sale, îşi manifestă înţelegerea faţă de fiinţa umană pentru alinarea suferinţei fizice şi psihice. Umanismul în condiţiile spitalului contemporan obligă însă şi la o gîndire economică în virtutea căreia imensele fonduri atribuite

sănătății trebuie să fie utilizate cu eficiență maximă .

Aparatura tot mai variată, mai fină și mai complexă ca și personalul tot mai numeros și mai specializat sînt factori din cei mai importanți care in - tervin în continuă creștere a costuluiinzilei de spitalizare și a costului unui bolnav spitalizat. De aici tendința de a lărgi continuu posibilitățile de rezolvare a cazurilor în unitățile ambulatorii și la domiciliul bolnavului, iar patul de spital devine astfel un accesoriu indispensabil unui număr tot mai mic de bolnavi .

Deși centrul de greutate al acțiunilor profilactice cade pe asistența ambulatorie, cadrele spitalului aplică și ele măsuri de profilaxie. In afara profilaxiei terțiare care însoțește în mod obligatoriu întreaga lor activitate, ele sînt antrenate și în acțiuni de profilaxie secundară și participă alături de cadrele din asistența ambulatorie la acțiunile de depistare în masă a unor boli .

b) Funcția de îndrumare și coordonare a activității unităților sanitare din teritoriu .

Această funcție asigură unitatea din punct de vedere tehnic - organizatoric și funcțional a activităților și acțiunilor formațiunilor componente și ridicarea continuă a nivelului calitativ al asistenței medicale a populației din teritoriul la toate eșaloanele, ce se realizează :

- deplasarea periodică a medicilor de specialitate la unitățile din teritoriu pentru îndrumare și sprijin concret în acordarea asistenței medicale ;

- chemarea periodică a medicilor din dispensarul policlinic și dispensare pentru stagii practice în secțiile spitalului ;

- organizarea de forme adecvate a ridicării nivelului tehnic - profesional al tuturor categoriilor de personal medico - sanitar ;

- organizarea sistematică, pe bază de program, la dispensare, a unor consultații de specialitate prin deplasarea specialiștilor din spital și din dispensarul policlinic ;

- analiza lunară, la nivelul spitalului teritorial, a concordanței diagnosticului dintre dispensare, dispensarul policlinic și spital, a trimiterilor nejustificate între aceste trei verigi ale spitalului, precum și altor aspecte calitative ale asistenței medicale .

In vederea realizării unei îndrumări eficiente, specialiștii spitalului se grupează în așa fel încît fiecăruia dintre ei să-i revină spre îndrumare un număr de medici de medicină generală, mereu aceiași .

Bolnavii care necesită intervenția medicului de specialitate (pentru precizări de diagnostic sau tratament) sînt îndrumați la acesta cu bilete de trimitere în care se consemnează toate datele importante asupra cazului, inclusiv diagnosticul prezumtiv. Medicul de specialitate returnează medicului de medicină generală aceste bilete cu diagnosticul precizat și cu indicațiile terapeutice stabilite ajutîndu-l astfel să se orienteze. Periodic, medicul de specialitate viziteo-

să medicii de medicină generală care-i sînt repartizaţi şi consultă cu aceştia cazuri selecţionate sau luate la întîmplare. Medicul de medicină generală la rîndul său vine la dispensarul policlinic, cu sau fără bolnavi, asistînd la consultaţii, participînd la discutarea şi interpretarea cazurilor, citind şi interpretînd re - zultatele examenelor de laborator şi ale explorărilor funcţionale etc. Este indicat ca medicul de medicină generală să viziteze şi bolnavii săi internaţi în spital. Periodic, medicii de medicină generală trec prin diferite forme ale procesului de perfecţionare profesională .

c) Funcţia de <u>învăţămînt şi cercetare</u> se îndeplineşte prin :

- realizarea învăţămîntului medical superior, mediu şi auxiliar sanitar, în conformitate cu reglementările în vigoare ;

- organizarea şi asigurarea condiţiilor necesare creşterii nivelului de pregătire profesională a personalului medico - sanitar din spital şi din unităţile ambulatorii ;

- cercetarea dinamicii morbidităţii populaţiei deservite în corelare cu factorii de mediu şi stabilirea de măsuri corespunzătoare îmbunătăţirii stării de sănătate a populaţiei ;

- cercetarea şi aplicarea de metode noi de investigaţii şi tratament ;

- cercetarea eficienţei asistenţei medicale în teritoriul arondat, în scopul îmbunătăţirii bazei materiale şi a forţei de muncă ;

- cercetarea şi aplicarea unor metode şi modele de organizare ştiinţifică a muncii ;

- studiul costului diferitelor categorii de îngrijiri medicale, în vederea creşterii eficienţei şi a economicităţii ;

Spitalul fiind centrala tehnică a întregii activităţi sanitare are sarcina de a asigura formarea şi perfecţionarea tuturor categoriilor de cadre medicale sanitare. El a fost, este şi va fi cea mai bună şcoală de pregătire practică a personalului sanitar, mediu şi auxiliar, a studenţilor în medicină şi chiar a medicilor .

In ceea ce priveşte cercetarea ea vizează creşterea eficienţei tuturor activităţilor ce se desfăşoară în spital şi pe teritoriu şi constituie fundamentarea ştiinţifică a dezvoltării viitoare a unităţii respective .

d) - Funcţia <u>de personal</u> asigură :

- politica de personal a unităţii ;
- recrutarea, selecţia şi promovarea cadrelor ;
- integrarea personalului ;
- formarea personalului ;
- retribuirea angajaţilor ;
- sănătatea şi securitatea angajaţilor ;
- relaţiile interpersonale în colectivele de muncă .

e) - Funcţia economică şi administrativ gospodărească reprezintă ansamblul activităţilor destinate obţinerii şi folosirii mijloacelor financiare şi materiale necesare unei bune funcţionări a spitalului, înregistrării, evidenţei, şi păstrării mijloacelor financiare şi a bunurilor din dotare şi a urmăririi rezultatelor economice .

Factorii ce condiţionează utilizarea spitalului sînt multipli. Gradul de utilizare a paturilor - ajungînd pînă la aglomerare şi refuzuri de internare, cu toate implicaţiile acestora - este în relaţie directă cu :

- insuficienta asigurare cu paturi de spital sau numai pentru unele secţii a populaţiei teritoriului ;
- repartizarea în teritoriu regional a spitalelor ;
- structura pe secţii şi cu numărul de paturi ale acestora în raport cu morbiditatea populaţiei. Morbiditatea prin boli acute creşte rulajul bolnavilor pe un pat (pentrucă acestea au durată scurtă), iar bolile cronice cresc utilizarea paturilor (pentrucă au o durată mare de spitalizare) ;
- ponderea ridicată a vîrstnicilor (cu morbiditate cronică ce solicită repetarea internărilor) şi a copiilor din primii ani de viaţă (cu frecvente boli acute) ;
- neasigurarea sau nefuncţionarea dispensarelor medicale şi, policlinicilor din teritoriul arondat ;
- imposibilitatea îngrijirii la domiciliu a unor forme de boală ce nu necesită spitalizarea ;
- gratuitatea totală sau parţială a spitalizării pentru populaţie ;
- gradul de dotare cu aparatură, servicii tehnice - medicale, tehnici de diagnostic, asigurarea cu cadre medicale şi gradul tehnicităţii acestora ;
- prezenţa funcţiei de învăţămînt şi cercetare ;
- creşterea artificială (prelungirea neindicată) a duratei de spitalizare şi proporţia spitalizărilor neoportune ;
- nerezolvarea completă a bolnavilor la internarea anterioară ;
- confortul pe durata spitalizării ;
- comportarea personalului medical ;
- adresabilitatea crescută (nivelul personal al conştiinţei de sănătate) al populaţiei . Acest factor necesită analizat cu atenţie. Intrucît spitalizarea este condiţionată de obiceiuri locale, de opinia bolnavului sau familiei de a se interna sau nu chiar dacă necesitatea spitalizării este contrarie .

Ca urmare importanţa şi eficacitatea spitalului se apreciază nu după numărul de paturi ci după contribuţia lui şi a tuturor formaţiilor sale la realizarea programului sanitar teritorial. Spitalul viitorului implică puţine paturi şi mari capacităţi de unităţi de asistenţă medicală ambulatorie dotate cu servicii tehnico - medicale şi încadrate cu echipe mobile de depistare şi rezolvare a bolii în populaţie .

B. DISPENSARUL POLICLINIC , parte componentă a acestui complex, subordonat spitalului asigură asistenţa medicală ambulatorie de specialitate a bolnavilor ce nu necesită spitalizarea şi participă în realizarea acţiuni - lor programului sanitar teritorial. El se organizează în sistemul teritorial al asistenţei medicale din municipii şi oraşe, la platforme industriale sau la marile întreprinderi. In această ultimă situaţie el are sarcina să asigure şi asistenţa medicală de specialitate ambulatorie şi a populaţiei din zonă. Dispensarul policlinic se poate înfiinţa cu un minim 6 cabinete de consultaţii şi laboratoare medicale x) şi poate cuprinde un mare număr de cabinete de consultaţii, de explorări, de tratamente în raport cu teritoriul atribuit şi cu problemele de sănătate ale populaţiei .

In funcţie de vîrsta populaţiei arondate, dispensarele policlinici se pot organiza pentru adulţi şi pentru copii .

In localităţile sau teritoriile în care nu funcţionează un dispensar policlinic de copii, pentru asistenţa medicală ambulatorie a acestora, se organizează în dispensarul policlinic de adulţi grupuri funcţionale cuprinzînd cabinete de pediatrie şi de alte specialităţi atribuite copiilor. Circuitele acestora sînt separate de cele atribuite populaţiei adulte (schema 15, fig.78).

In incinta dispensarului policlinic pot funcţiona şi dispensare medicale care asigură populaţia din zona în care este amplasat dispensarul policlinic. Această amplasare oferă posibilităţi multiple de colaborare şi integrare între asistenţa ambulatorie de medicină generală şi asistenţa ambulatorie de specialitate .

Pentru a asigura accesibilitatea populaţiei (vîrste, ocupaţii etc) şi evitarea aglomeraţiei programul de lucru al dispensarului policlinic se stabileşte pentru tot timpul zilei .

Consultaţiile bolnavilor în dispensarul policlinic, examenele de laborator şi explorările funcţionale se acordă de către medicii specialişti pe baza recomandărilor scrise ale medicului de medicină generală, în care se consemnează obligatoriu motivul trimiterii şi diagnosticul prezumtiv .

In cazul urgenţelor, al bolnavilor cu afecţiuni stomatologice, obstetricale, oftalmologie, O.R.L., chirurgicale, precum şi în cazul bolnavilor aflaţi în supraveghere medicală activă (dispensarizaţi), accesul la cabinetele de specialitate din dispensarul policlinic este direct necondiţionat de recomandarea medicului de medicină generală .

Dispensarul policlinic are în principal următoarele atribuţii :

- asigurarea primului ajutor medical, a asistenţei medicale de urgenţă, în caz de boală sau accident ;

- asigurarea asistenţei medicale de specialitate bolnavilor ambulatori prin programarea lor judicioasă la cabinetele de specialitate ;

x) Decret 296/1973, art.14

- selecţionarea bolnavilor care necesită spitalizare şi îndrumarea lor către formaţiunile sanitare cu paturi ;

- prevenirea şi combaterea bolilor transmisibile, a bolilor profesionale şi a bolilor cronice ;

- identificarea şi combaterea factorilor de risc din mediul de viaţă şi muncă al populaţiei deservite ;

- efectuarea examenelor de specialitate şi a investigaţiilor de laborator în cadrul examenului medical de încadrare şi în cadrul controlului medical periodic ;

- stabilirea incapacităţii temporare de muncă şi asigurarea recuperării capacităţii de muncă ;

- asigurarea tratamentelor medicale în incinta dispensarului policlinic şi la domiciliu ;

- îndrumarea tehnică a medicilor din dispensarele medicale teritoriale, de întreprindere şi şcolare ;

- realizarea acţiunilor de educaţie sanitară .

Dispensarul policlinic este condus de un medic şef şi are următoarea structură organizatorică şi funcţională (schema 14,15 şi fig.78) :

- compartimentul de informaţii şi fişier ;

- compartimentul cabinetelor medicale de specialitate ;

- compartimentul laboratoarelor medicale ;

a) Compartimentul de informaţii şi fişier cu următoarele principale atribuţii :

- informează populaţia asupra programului de lucru al cabinetelor şi laboratoarelor unităţii ;

- întocmeşte fişa medicală, înscrie în ea datele privind identificarea bolnavilor şi păstrează fişele medicale în fişier ;

- asigură programările la consultaţiile de specialitate sau de medicină generală (în cazul în care în incinta policlinicii funcţionează şi dispensare medicale), asigură programarea tratamentelor şi înregistrează chemările la domiciliu ;

- asigură accesul bolnavilor la cabinetele de specialitate şi laboratoarele unităţii în mod ordonat şi pe cît posibil în flux continuu ;

- păstrează evidenţa locurilor libere comunicate de secţiile spitalului şi le transmite medicilor cabinetelor de specialitate ;

- informează şi îndrumă solicitanţii, privind solicitările de asistenţă medicală a acestora .

b) Cabinetele medicale de specialitate asigură asistenţa medicală specializată a bolnavilor ambulatori, precizează diagnosticul şi execută măsuri specifice de prevenire şi combatere a bolilor cronice , stabilesc incapacitatea temporară de muncă, îndrumă bolnavii către spital cînd este necesară internarea .

In funcţie de mărimea unităţii, de necesităţi şi de existenţa bazei materiale şi de cadre, se pot organiza cabinete de specialitate, corespunzător majorităţii specialităţilor existente în ţara noastră (interne, cardiologie, gastroenterologie, pneumologie, reumatologie, endocrinologie, chirurgie, obstetrică-ginecologie, O.R.L., oftalmologie, stomatologie, dermato - venerice etc) .

La atribuţii generale ale policlinicii, pentru cabinetele de consultaţii se mai adaugă :

- organizează depistarea activă, prevenirea şi combaterea unor boli ca tuberculoza, bolile venerice, tulburările şi bolile psihice etc ;

- studiază morbiditatea din teritoriu, cu prioritate pentru afecţiunile cu pondere ridicată ;

- depistează categorii de bolnavi şi persoane sănătoase supuse riscului de îmbolnăvire ;

- efectuează examenele necesare expertizei capacităţii de muncă .

c) Laboratoarele medicale (serviciile tehnico - medicale) asigură recoltarea de produse biologice ca şi efectuarea analizelor, investigaţiilor, tratamentelor şi a oricărer alte acte medico - sanitare specifice profilului lor de activitate . Laboratoarele deservesc atît spitalul propriu-zis (unitatea cu paturi) cît şi dispensarul policlinic. Dispensarele policlinice de mare capacitate, la distanţă de spital pot dispune de laborator propriu .

In funcţie de mărimea unităţii şi de existenţa bazei materiale se pot organiza următoarele laboratoare ;

- laboratorul de analize medicale (hematologie, biochimie, microbiologie, virusologie, serologie) ;

- laboratorul de radiologie (radioscopii şi radiografii) şi tratamente röentgenterapice ;

- laboratorul de explorări funcţionale (ECG, EMG, EEG) pentru investigaţiile medicale solicitate de medici specialişti ;

- laboratorul de medicină fizică şi recuperare medicală pentru tratamente de recuperare medicală a bolnavilor, invalizilor şi deficienţilor motori, precum şi a alter categorii de persoane ;

- laboratorul de sănătate mintală realizează depistarea activă a factorilor de risc în bolile psihice, elaborează măsuri de psiho-igienă şi educaţie sanitară pentru limitarea factorilor de risc, depistează activ şi precoce îmbolnăvirile psihice, asigură asistenţa medicală de specialitate bolnavilor psihici, orientează bolnavii în vederea reinserării socio-profesionale, previne şi combate alcoolismul şi toxicomaniile ;

- laboratorul de epidemiologie execută acţiuni de profilaxie şi combatere a bolilor transmisibile şi profesionale precum şi acţiuni curente de igienă în teritoriul arondat, supraveghează potenţialul epidemiologic, urmăreşte dinamica morbidităţii prin boli transmisibile, organizează şi participă la efectuarea de

imunizări şi asigură controlul unităţilor sanitare privind desfăşurarea activităţii antiepidemice, de igienă şi de prevenire a infecţiilor interioare .

Laboratoarele medicale funcţionează pe baza unui program de lucru care trebuie să corespundă necesităţilor populaţiei şi ale cabinetelor medicale de specialitate .

C .- DISPENSARUL MEDICAL

Dispensarul medical, ca unitate exterioară a spitalului este formaţiunea medicală cea mai apropiată de populaţie ; prin subunităţile şi cadrele sale asigură direct îngrijirile medicale de bază - profilactice şi curative - şi măsurile sanitare în familie şi colectivităţile din teritoriul stabilit. Prin numărul şi prin apropierea lor de locul de viaţă şi de muncă al populaţiei reprezintă eşalonul de bază , de prim contact,ce asigură îngrijirile esenţiale de sănătate şi realizarea programelor sanitare teritoriale .

Dispensarul medical se organizează în comune, oraşe şi municipii, întreprinderi, instituţii de învăţământ , funcţionează cu cabinete de consultaţii şi săli de tratament şi este subordonat Direcţiei sanitare .

In structura dispensarului medical pot fi cuprinse, după caz, casa de naşteri, staţionar cu paturi pentru adulţi sau copii, puncte de laborator şi de radiologie, puncte farmaceutice, puncte sanitare .

Pentru copii se asigură în dispensar program de lucru, circuite şi săli de aşteptare separate .

Activitatea dispensarului medical se desfăşoară pe bază de plan de muncă întocmit de medicul şef al acestuia şi aprobat de direcţia sanitară judeţeană .

Evidenţa bolnavilor se ţine pe fişe de consultaţie sau pe registre de consultaţii, în care se consemnează datele rezultate din examinările în dispensar, la domiciliu sau în alte locuri .

Trimiterea bolnavilor pentru examen de specialitate la dispensarul policlinic teritorial se face pe baza recomandării scrise - bilet de trimitere .

Dispensarul medical poate fi de mai multe tipuri, în funcţie de locul unde se organizează :

- dispensarul medical comunal ;
- dispensarul medical urban ;
- dispensarul medical de întreprindere şi
- dispensarul medical şcolar .

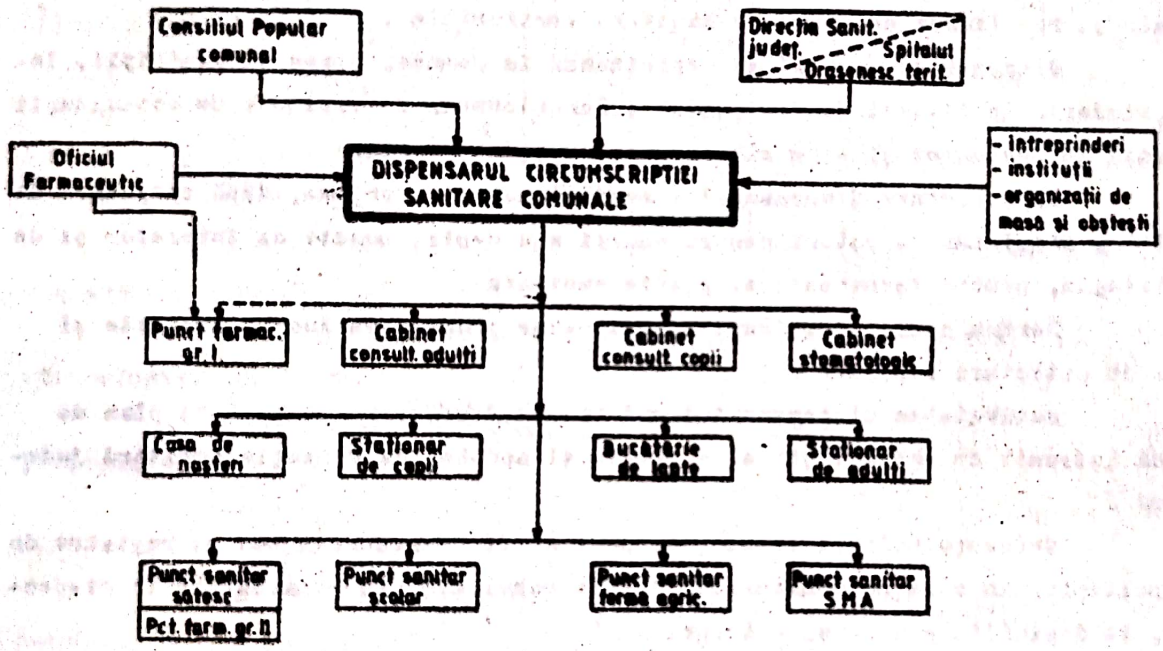
Programul de lucru al dispensarului medical se stabileşte în funcţie de necesităţile populaţiei, de către forul căruia îi este subordonat .

DISPENSARUL MEDICAL COMUNAL

Dispensarul medical comunal este unitatea teritorială de bază care asigură asistenţa curativo-profilactică de medicină generală, asistenţa de igienă şi antiepidemică şi realizează educaţia sanitară prin cadre şi unităţi proprii în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, scăderii morbidităţii şi promovării stării de sănătate a populaţiei din teritoriul arondat .

Dispensarul medical comunal este subordonat direcţiei sanitare judeţene şi Consiliului popular comunal. Din punct de vedere tehnic el este îndrumat de spitalul orăşenesc teritorial care, la rîndul său, este subordonat Direcţiei sanitare judeţene (schema 16) .

Schema 16. - ORGANIGRAMA DISPENSARULUI CIRCUMSCRIPTIEI SANITARE COMUNALE



Medicul şef al dispensarului comunal (cu gradul profesional sau vechimea cea mai mare),în calitatea sa de medic şef al comunei,răspunde faţă de consiliul popular comunal şi Direcţiei sanitare pentru întreaga activitate desfăşurată în domeniul sănătăţii publice şi are obligaţia să raporteze periodic asupra rezultatelor obţinute privind evoluţia stării de sănătate .

Dispensarul medical comunal asigură asistenţa medicală a populaţiei din toate satele componente ale comunei, inclusiv din colectivităţile de copii şi din întreprinderile fără medic din comună .

In general, în fiecare comună din România se organizează cîte un dispensar medical. In anumite cazuri(teriteriu extins,condiţii grele de acces,

populaţie numeroasă, probleme deosebite ale stării de sănătate)pe teritoriul unor comune se poate organiza şi un al 2-lea dispensar medical, într-unul din satele situate la peste 5 Km de primul dispensar comunal x), ca unitate componentă a primului dispensar .

Sediul dispensarului este, în majoritatea cazurilor, în localitatea cea mai dezvoltată din punct de vedere economic, către care gravitează populaţia în vederea rezolvării problemelor administrative, economice,culturale.

Pentru buna funcţionalitate a unui dispensar comunal sînt necesare următoarele spaţii : (schema 17) ;

- cabinete de consultaţii pentru adulţi şi separat pentru copii,cu intrare, săli de aşteptare şi circuite proprii . Cînd nu există spaţii complet separate,este necesară funcţionarea cabinetului în program zilnic alternant (dimineaţa -adulţi, după amiaza -copii), astfel ca cele două categorii de populaţie să nu se întîlnească ;

- cabinet de stomatologie, care poate avea sală de aşteptare comună cu sălile de aşteptare de la cabinetele de consultaţii pentru adulţi şi copii;

- sală de tratamente şi pansamente, comună cu punctul de laborator, cu punctul farmaceutic gr.II şi cu cabinetul de consultaţii date de specialişti ;

- spaţiu pentru fişierul dispensarului, care la nevoie poate funcţiona într-un cabinet de consultaţii sau de tratamente ;

- încăpere pentru punctul de laborator (putînd fi împreună cu cabinetul pentru tratamente) ;

Pe cît posibil mai trebuiesc asigurate :

- încăpere pentru punctul farmaceutic de gradul II ;
- încăpere pentru laboratorul de tehnică dentară (comună cu punctul de laborator) ;
- spaţiu pentru anexele administrativ-gospodăreşti (magazii, grajduri, garaje) ;

Unele dispensare medicale comunale pot dispune de toate aceste spaţii, altele sînt obligate să-şi comaseze funcţiile într-un număr mai redus de încăperi dar să nu dăuneze funcţionalităţii. Este util ca locuinţa medicului să fie ataşată clădirii dispensarului (schema 17) .

La nivelul dispensarului medical comunal, în afara acordării asistenţei medicale de urgenţă şi a consultaţiilor şi tratamentelor curente se mai acordă şi consultaţii de puericultură şi consultaţii prenatale; pentru acestea din urmă se stabilesc zile şi ore separate de cele ale celorlalte activităţi .

---

x) Decret 296/1973, art. 13 .

Schema 17: DISPENSAR DE CIRCUMSCRIPTIE SANITARA RURALA CU CASA DE NASTERI, STATIONAR DE COPII SI LOCUINTA PENTRU MEDIC

Scanned with OKEN Scanner

Dispensarul medical comunal este o unitate complexă, în a cărei structură organizatorică funcţionează formaţiuni necesare asistenţei medicale (schema 16 şi 17) .

- punctele sanitare săteşti şi de colectivităţi ;
- bucătăria de lapte ;
- punctul de laborator ;
- casa de naşteri ;
- staţionarul de copii şi de adulţi ;
- punctul farmaceutic de gradul II .

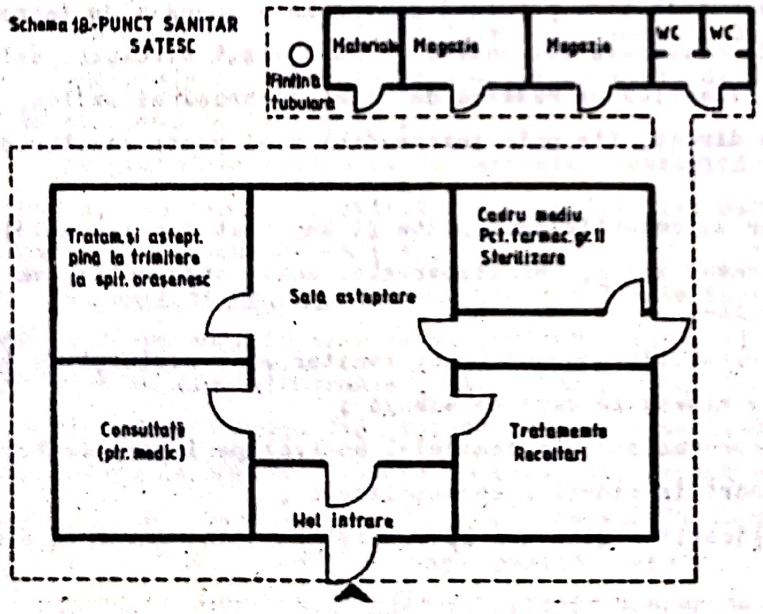
a) Punctul sanitar sătesc (teritorial) - Schema 16 .

Se organizează în celelalte sate decît satul de reşedinţă al dispensarului medical (sate depărtate şi cu un număr mai mare de locuitori). El reprezintă formaţiunea cu rol de avanpost şi pentru apropierea asistenţei medicale de domiciliul şi de locul de muncă al populaţiei .

In punctele sanitare,medicul sau medicii dispensarului se deplasează o dată sau de două ori pe săptămînă în baza unui grafic orar dinainte stabilit şi acordă consultaţii populaţiei, rezolvă probleme de igienă,epidemiologie şi asistenţă medico -socială şi asigură îndrumarea şi controlul cadrului mediu sanitar care serveşte acest punct sanitar .

Pentru un punct sanitar sînt necesare următoarele spaţii (schema 18); o sală de aşteptare, un cabinet de consultaţii, o sală de tratamente şi recoltări, o cameră pentru punctul farmaceutic gr.II şi pentru sterilizarea instrumentarului şi o altă cameră pentru staţionarea şi tratamentul bolnavului (urgenţelor) pînă la plecarea la spitalul teritorial .

Schema 18.-PUNCT SANITAR SATESC



Punctul sanitar funcţionează cu un cadru mediu din schema dispensarului, care desfăşoară următoarele activităţi:

- acordă primul ajutor în urgenţe, pînă la transportul lor către spitalul teritorial ;
- ajută pe medic la consultaţii ;
- efectuează tratamentele prescrise de medic ;

- îndrumă bolnavii către dispensar - în vederea stabilirii diagnosticului ;
- execută vaccinările programate (sub coordonarea medicului) ;
- supraveghează aplicarea normelor de igienă în obiectivele din teritoriu şi în familii ;
- depistează activ cazurile de boli transmisibile, luînd măsuri de izolare şi luptă în focare ;
- asigură mobilizarea populaţiei în acţiuni organizate de dispensar;
- efectuează educaţia sanitară a populaţiei .

Dotarea punctului sanitar cu instrumentar, materiale sanitare şi medicamente se face în conformitate cu normele Ministerului Sănătăţii iar aprovizionarea cu acestea se realizează de dispensarul medical .

Activitatea punctului sanitar se desfăşoară în baza unui program săptămînal afişat ce cuprinde : consultaţiile medicului în zile fixe şi o prezenţă de minimum 3 ore/zi a cadrului mediu la punctul sanitar, restul activităţii acestuia desfăşurîndu-se în familii şi colectivităţi .

Consemnarea activităţii se face în registre sau fişe de consultaţie şi se raportează periodic dispensarului medical care o include în activitatea sa .

b) Punctul sanitar de colectivitate (schema 16 şi 18)

Se organizează în unităţi industriale, agricole şi şantiere de construcţii care nu întrunesc numărul de personal pentru un dispensar de întreprindere şi sînt amplasate în alte sate ale comunei . In această situaţie, asistenţa medicală curativo-profilactică se rezolvă de către dispensarul medical teritorial şi se execută fie direct, fie prin intermediul unui punct sanitar de colectivitate .

Punctul sanitar de colectivitate poate fi amplasat fie la sediul unităţii economice fie, în cazul unităţilor dispersate, acolo unde activează numărul cel mai mare de muncitori .

Spaţiile şi atribuţiile acestui punct sanitar sînt aceleaşi cu cele ale punctului de sănătate sătesc la care se adaugă ;

- mobilizarea personalului la controlul medical periodic, la triaje epidemiologice, la examinări în cadrul dispensarizării ;
- urmărirea aplicării reglementărilor privind munca femeii şi a adolescentului ;
- urmărirea aplicării recomandărilor făcute muncitorilor care au dreptul la reducerea programului sau schimbarea locului de muncă ;
- supravegherea respectării normelor igienico-sanitare şi antiepidemice la locul de muncă, de cazare şi de alimentaţie pentru muncitori ;
- organizarea, îndrumarea şi controlul activităţii permanente a posturilor de Cruce Roşie organizată de muncitori în diverse puncte ale unităţii,

sens în care asigură trusele de prim ajutor şi organizează cursurile de echipieri sanitari .

Incadrarea, dotarea şi aprovizionarea cu medicamente ale punctului sanitar sătesc sînt valabile şi pentru punctul sanitar de colectivitate .

c) Punctul de laborator (schema 17)

Are sarcina de a efectua analizele sumare de laborator necesare stabilirii diagnosticului. Organizarea lui contribuie la creşterea eficienţei asistenţei medicale acordate de dispensar şi la rezolvarea bolnavilor din rural, degrevează laboratoarele spitalelor de un număr mare de analize sumare . Analizele de laborator se efectuează de cadrele medii ale dispensarului, instruite în prealabil la nivelul laboratorului din spitalul teritorial .

Analizele care se pot efectua în punctul de laborator sînt :

- sumarul urinii : reacţie, densitate, albumină, glucoză, sediment, pigmenţi biliari ;

- examenul sîngelui: timp de coagulare, timp de sîngerare , VSH, hemoleucogramă

- examenul materiilor fecale : hemoragiilor oculte, ouă de paraziţi intestinali ;

- examenul sucului gastric : recunoaşterea acidului clorhidric liber;

- examenul lichidelor patologice de puncţie: reacţia Rivalta, dozarea proteinelor , densitate ;

- examenul secreţiei genitale : trichomonas la femeie şi bărbat .

Analizele de laborator trebuie controlate de medicii dispensarului (şi de laboratorul spitalului) .

Funcţionarea punctului de laborator, necesită dotarea cu un minim de aparatură, instrumentar, sticlărie, reactivi, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătăţii .

d) Casa de naşteri (schema 16 şi 17) este formaţiunea cu paturi, dependentă de dispensar, în care se asigură asistenţa calificată la naştere pentru gravidele cu sarcini normale (fără risc pentru mamă şi copil) .

In vederea bunei funcţionalităţi, această formaţiune trebuie să cuprindă un minim de spaţii : cameră de travaliu, cameră pentru gravide şi lăuze, cameră pentru nou-născuţi, bucătăria cu spaţiu de depozitare a alimentelor, grup sanitar , cameră de gardă pentru moaşă .

Dotarea casei de naştere şi aprovizionarea cu medicamente , materiale sanitare şi cu alimente revine dispensarului de care aparţine .

Casa de naşteri se organizează în comunele depărtate, fie în localitatea în care se află dispensarul (în aceeaşi clădire cu dispensarul) - fie într-o altă localitate (în aceeaşi clădire cu punctul sanitar) .

Casa de naştere trebuie să asigure condiţii corespunzătoare de cazare, alimentaţie şi igienă pentru mame şi copii, ea reprezentînd un element major

în educaţia femeilor internate privind modul în care trebuie îngrijit şi alimentat copilul . Moaşa răspunde direct de buna funcţionare a casei de naşteri iar medicul de medicină generală supraveghează şi răspunde de întreaga activitate desfăşurată în această formaţiune precum şi de starea de sănătate a gravidei, lăuzei şi nou-născutului .

In casa de naşteri se emite certificatul constatator de naştere şi se efectuează vaccinarea BCG .

e) Staţionarul de copii şi de adulţi (schema 16 şi 17)

Este formaţiunea sanitară cu paturi dependentă de dispensar care acordă asistenţă medicală cu profil de medicină generală pentru bolnavii din teritoriul comunei .

Această formaţiune funcţionează în localitatea de reşedinţă a dispensarului, de preferat în aceeaşi clădire cu dispensarul medical .

Staţionarul se organizează diferenţiat în funcţie de grupa de vîrstă :

- staţionar pentru adulţi , de a cărui activitate răspunde medicul de medicină generală pentru adulţi ;

- staţionar pentru copii de a cărui activitate răspunde medicul de medicină generală pentru copii .

In lipsa unuia dintre cei doi medici, medicul existent preia răspunderea bunei funcţionări a ambelor formaţiuni .

Pentru buna funcţionalitate a staţionarului este necesar să se prevadă :

- pentru adulţi : saloane pentru bărbaţi, saloane pentru femei, sală de tratamente, camera de gardă pentru cadrul mediu sanitar , spaţiu de preparare a alimentelor, anexe sanitare ;

- pentru copii : saloane pentru copii şi separat pentru mame, sală de tratamente, cameră de gardă pentru cadrul mediu, spaţii de preparare a alimentelor, anexe sanitare .

Dotarea şi aprovizionarea cu medicamente, materiale sanitare, materiale de uz gospodăresc, alimente, se face prin dispensarul medical.

In staţionare se internează cazurile care se pot trata la nivelul dispensarului pe o perioadă scurtă. Nu se internează în staţionar cazurile care depăşesc competenţa formaţiunii, cazurile ce necesită o spitalizare îndelungată, bolnavi sau suspecţi de boli transmibile, cazuri grave .

Foaia de observaţie este cea tipizată din unităţile spitaliceşti; ea se întocmeşte în maximum 24 ore de la internare .

Medicaţia se prescrie pentru 24 ore, iar tratamentul se aplică de către medic sau cadrul mediu care răspunde de staţionar .

Cînd starea sănătăţii bolnavului evoluează nefavorabil sau apar complicaţii, medicul are obligaţia de a transfera bolnavul cu autosanitara în

unitatea spitalicească cea mai apropiată, cu bilet de trimitere şi un rezumat sau o copie a foii de observaţie .

Condiţiile de igienă trebuie să fie riguros respectate insistîndu-se asupra igienii individuale .

Prepararea alimentelor şi distribuirea hranei trebuie să se facă în condiţii de igienă, medicul controlînd zilnic calitatea şi cantitatea hranei.

Externarea bolnavilor din staţionar se face cu respectarea formelor administrative obişnuite pentru unităţile spitaliceşti .

f) Punctul farmaceutic de gr. II.

In localităţile în care nu funcţionează farmacii sau puncte farmaceutice de gradul I se organizează (ca formaţiune anexă a dispensarului), punctul farmaceutic de gradul II, care asigură contra cost populaţia cu produse farmaceutice .

Această formaţiune este asigurată de un cadru mediu al dispensarului, desemnat de către medicul conducător şi care îndeplineşte condiţiile cerute de lege privind gestiunea bunurilor .

Infiinţarea şi desfiinţarea punctului farmaceutic de gradul II se face de către Oficiul Farmaceutic teritorial la propunerea dispensarului medical.

Punctul farmaceutic de gradul II se poate organiza la nivelul dispensarului sau la punctul sanitar .

g) Bucătăria de lapte (schema 16) asigură pregătirea şi distribuirea preparatelor dietetice la copiii stabiliţi prin indicaţia medicală .

Sarcinile dispensarului medical comunal pot fi grupate în :

- curativo - profilactice ;
- sanitaro - antiepidemice ;
- de asistenţă socială ;
- de educaţie sanitară ;
- organizatorice şi administrativ - gospodăreşti ;

Sarcinile curativo - profilactice cuprind :

Sarcini curativo - profilactice generale :

- acordarea asistenţei medicale de urgenţă în caz de boală intoxicaţie sau accident ;
- asigurărea asistenţei medicale ambulatorii de medicină generală pentru adulţi şi copii prin consultaţii şi tratamente curente, în dispensar şi la domiciliu ;
- asigurarea asistenţei medicale ambulatorii de medicină generală în colectivităţi organizate de adulţi (întreprinderi) şi de copii (creşe, grădiniţe, şcoli) ;
- efectuarea de analize sumare de laborator prin punctul de laborator;

- asigurarea asistenţei medicale în formaţiunile cu paturi (staţionare, casă de naştere) ale dispensarului medical ;

- asigurarea asistenţei cu medicamente pentru populaţia care beneficiază de gratuitate x), pe bază de prescripţie medicală adresată fie farmaciei, fie punctului farmaceutic de gradul I, sau, cînd aceste unităţi nu există în teritoriul dispensarului prin eliberarea de medicamente gratuite direct către populaţie ;

- trimiterea la unităţi de asistenţă specializată a cazurilor care depăşesc posibilităţile de diagnostic şi tratament ale dispensarului ;

- stabilirea incapacităţii temporare de muncă pentru oamanii muncii care lucrează pe teritoriul comunei şi analiza morbidităţii în întreprinderile fără dispensar medical propriu ;

- efectuarea şi expertize medico-legale pe cadavru, prin medic expert delegat sau prin specialistul laboratorului judeţean de medicină legală ;

Sarcini curativo - profilactice speciale .

- ocrotirea sănătăţii femeii gravide (depistare precoce, dispensarizare, asistenţă calificată la naştere, supravegherea lăuzei) şi asistenţa medicală a ginecopatelor ;

- ocrotirea sănătăţii copilului sănătos (nou - născut, sugar, preşcolar, şcolar) şi în special a celui din evidenţele speciale (imaturi, distrofici, rahitici, alimentaţi artificiali, contacţi TBC, heredo - luetici, cardiovasculari, deficienţi psiho-motori, reumatici, proveniţi din familii dezorganizate sau din mame singure), în sensul depistării şi dispensarizării lor precum şi a aplicării măsurilor medico - sociale corespunzătoare ;

- prevenirea şi combaterea bolilor cronice : T.B.C., guşă, boli venerice, reumatism, cancer, cardiopatii etc (depistare , dispensarizare, măsuri medico-sociale) .

Sarcinile sanitaro - antiepidemice cuprind :

Sarcini igienice - sanitare :

- supravegherea condiţiilor de viaţă şi de muncă a populaţiei din comună (aprovizionarea cu apă, îndepărtarea reziduurilor, locuinţă, alimentaţia, condiţiile de muncă şi de şcolarizare) în vederea aplicării măsurilor de îmbunătăţire a acestora ;

Sarcini antiepidemice :

- aplicarea măsurilor antiepidemice cu caracter preventiv, privind asanarea factorilor de mediu, imunizarea activă, neutralizarea surselor de infecţie, distrugerea vectorilor etc ;

- aplicarea măsurilor antiepidemice de luptă în focar (depistare, supravegherea contacţilor, neutralizarea purtătorilor de germeni, dezinfecţia

x) Decret 246/1958,decret 254/1971 şi decret le33/1966 .

continuă şi terminală, deratizări, dezinsecţie etc) .

Sarcini de asistenţă socială :

- depistarea, luarea în evidenţă şi anunţarea organelor competente a cazurilor care necesită asistenţă medico-socială (familii dezorganizate, invalizi şi deficienţi psihomotori, bătrîni lipsiţi de mijloace de existenţă , dependenţi sociali, copii orfani, abandonaţi etc) ;

- selecţionarea cazurilor medico-sociale pentru şcolile de calificare şi recalificare profesională precum şi întocmirea evidenţei şi urmărirea rezolvării acestor cazuri .

Sarcini de educaţie sanitară :

- transmiterea populaţiei de cunoştinţe în vederea creării de deprinderi igienico-sanitare necesare apărării propriei sănătăţi ;

- antrenarea populaţiei în acţiuni sanitare de masă şi transformarea ei în factor activ pentru îmbunătăţirea stării de sănătate ;

- instruirea grupelor sanitare, participarea la reverificarea cunoştinţelor şi formarea echipierelor sanitare ca auxiliare eficiente în lupta pentru păstrarea sănătăţii ;

- antrenarea populaţiei în acţiuni de donare onorifică de sînge ;

- difuzarea, în rîndurile populaţiei, de materiale cu caracter educativ - sanitar .

Sarcini organizatorice şi administrativ-gospodăreşti . Acestea revin în principal medicului coordonator şi se referă la :

- cunoaşterea actelor legislative, normative , a planului de muncă şi elaborarea graficului de activitate ;

- planificarea activităţilor şi solicitarea fondurilor aferente, elaborarea şi înaintarea planului de aprovizionare şi de reparaţii ;

- organizarea activităţii personalului şi bunei funcţionalităţi a unităţii prin stabilirea programului săptămînal şi zilnic în concordanţă cu necesităţile populaţiei, trasarea sarcinilor personalului în subordine, organizarea şi controlul activităţii, recompensarea şi propuneri de sancţionare a personalului ;

- ridicarea nivelului profesional al tuturor cadrelor din dispensar prin participarea la cursuri şi seminarii (la nivelul spitalului teritorial şi la nivelul dispensarului) şi prin organizarea şi controlul studiului individual ;

- înregistrarea, analiza şi raportarea datelor statistice, precum şi luarea de măsuri operative care să ducă la permanenta îmbunătăţire a indicatorilor de eficienţă a activităţii colectivului ;

- primirea, înregistrarea şi păstrarea documentelor, organizînd

dosare pe probleme care să permită regăsirea şi mînuirea lor cu uşurinţă ;

- păstrarea registrului unic de control, a proceselor verbale şi a însemnelor unităţii (ştampila, sigiliul etc.) ;

- asigurarea unui climat de bună înţelegere, de respect reciproc şi stimulare între colaboratori ;

- asigurarea curăţeniei şi întreţinerii imobilului, instalaţiilor, organizarea prevenirii incendiilor, asigurarea încălzitului şi aprovizionării cu apă, precum şi a securităţii imobilului ;

- asigurarea gestiunii bunurilor de inventar, materialelor, medicamentelor şi mijloacelor băneşti .

In vederea gestionării bunurilor de orice fel, se întocmesc următoarele documente tipizate (fiind interzisă utilizarea altor formulare) :

- subinventarele pe responsabili (documente prin care medicul distribuie echitabil sarcini de gestiune cadrelor în subordine, cointeresîndule la păstrarea avutului obştesc) ;

- nota de transfer a bunurilor (document obligatoriu de însoţire a mişcării bunurilor de la un gestionar la altul) ;

- registrul unic de inventar al dispensarului (alături de dosarul cu copiile subinventarelor, ale notelor de transfer şi ale situaţiilor comparative întocmite anual, permite compararea scripticului cu fapticul, stabilind eventuale lipsuri prin pierdere, distrugere sau sustragere) ;

- registrul de evidenţa medicamentelor, alcătuit pe partide (fiecărui tip de medicament corespunzîndu-i o partidă), în care se trec toate intrările de medicamente şi consumul lor lunar ;

- foile de alimentaţie zilnică ale staţionarului şi casei de naşteri, în care sînt consemnate cantităţile utilizate zilnic în vederea preparării mesei ;

- registrele de alimente ale staţionarului sau ale casei de naştere în care sînt consemnate intrările şi consumul zilnic de alimente .

Nerespectarea măsurilor privind gestionarea bunurilor, materialelor, medicamentelor şi sumelor de bani, poate genera răspunderi financiare pe care urmează să le suporte medicul .

<u>Atribuţiile personalului şi programul de muncă</u> . Dispensarul medical comunal este încadrat cu medici de medicină generală pentru adulţi şi copii,după caz cu medic stomatolog, normarea lor făcîndu-se în principal în funcţie de numărul de locuitori . x)

In activitatea lor, medicii din dispensarul medical comunal sînt ajutaţi de cadre medii, de diferite profile, normate în funcţie de numărul de locuitori : x)

x) Decret 296/1973

- soră medicală de medicină generală şi pediatrie ;
- soră medicală (oficiant sanitar) de igienă ;
- soră medicală de obstetrică-ginecologie (moaşă) ;
- soră medicală de ocrotire ;
- tehnician dentar .

Această echipă poate fi completată cu cadre auxiliare : îngrijitor curăţenie, vizitiu sau şofer .

Pentru realizarea atribuţiilor ce revin dispensarului, membrii colectivului de muncă împart între ei sarcinile generale şi specifice enumerate în cadrul atribuţiunilor dispensarului (în conformitate cu " Normele generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare" emise de Ministerul Sănătăţii) .

Medicul conducător al dispensarului, pe lîngă sarcinile ce-i revin în acordarea directă a asistenţei medicale, are şi următoarele atribuţii :

- organizează şi răspunde de întreaga activitate a dispensarului ; organizează asigurarea permanentă (zi şi noapte) a primului ajutor medical; elaborează (pe baza indicaţiilor primite din partea spitalului teritorial) planul anual de muncă şi urmăreşte îndeplinirea lui ; organizează şi asigură (conform normelor în vigoare) activitatea de evidenţă şi raportare statistică; organizează şi asigură condiţiile necesare bunei funcţionalităţi a formaţiunilor ambulatorii şi cu paturi ale dispensarului ; colaborează cu farmacia în vederea asigurării populaţiei cu medicamente ;
- organizează , săptămînal, raport de informare cu personalul asupra problemelor dispensarului ;
- asigură aplicarea şi îndeplinirea planului de muncă privind activitatea de igienă şi antiepidemică pe teritoriul dispensarului ;
- organizează şi controlează aplicarea măsurilor de asanare a mediului în vederea neutralizării căilor de răspîndire a bolilor transmibile (controlul şi dezinfecţia periodică a surselor de apă, îndepărtarea igienică a reziduurilor, combaterea vectorilor) ;
- întocmeşte planul activităţii de educaţie sanitară ;
- colaborează cu alte organe de stat şi obşteşti în îndeplinirea sarcinilor ce-i revin pe linia educaţiei sanitare ; (schema 16)
- propune conducerii spitalului personalul ce urmează să participe la diferite forme de perfecţionare a pregătirii profesionale, răspunde de instruirea personalului în vederea cunoaşterii actelor normative ;
- controlează zilnic ţinuta personalului, prezenţa la serviciu şi întocmeşte situaţia necesară stabilirii drepturilor de salarizare, înaintînd-o organului căruia îi este subordonat ;
- gestionează bunurile din dotarea dispensarului medical şi răspunde

de buna gospodărire a acestora ;

- organizează şi participă la consfătuiri cu membrii comisiei permanente pentru sănătate, deputaţi, comisii de femei, comisii de Cruce Roşie şi cu alte persoane din teritoriu în legătură cu modul de asigurare al asistenţei medicale şi a relaţiilor pacient - personal medico - sanitar ;

- informează imediat organul sanitar ierarhic superior asupra problemelor deosebite ale asistenţei medicale din teritoriu şi a problemelor din dispensar ;

- întocmeşte fişele anuale de apreciere şi propune calificativele anuale pentru personalul în subordine ;

- urmăreşte asigurarea aprovizionării dispensarului cu alimente , lapte praf, medicamente, materiale sanitare, instrumentar, cazarmament etc.

Medicul de medicină generală pentru adulţi are următoarele sarcini:

- acordă asistenţă medicală de urgenţă în caz de îmbolnăvire ,intoxicaţie sau accident, la dispensar, în întreprinderi şi în instituţii, la domiciliu, la locul accidentului, ori de cîte ori ia cunoştinţă de asemenea situaţii indiferent de apartenenţa teritorială a bolnavilor ; trimite la spital urgenţele şi asigură asistenţa medicală pe timpul transportului ;

- acordă asistenţă medicală curentă a populaţiei la dispensar, la punctul sanitar, la staţionarul cu paturi, la casa de naşteri şi, după caz , la domiciliul bolnavilor, utilizînd mijloacele de transport de care dispune;

- constată incapacitatea temporară de muncă şi eliberează certificate de concediu medical potrivit reglementărilor ;

- efectuează examenul medical în vederea încadrării în muncă şi examenele medicale periodice, conform dispoziţiilor în vigoare ; x)

- îndrumă la unităţile sanitare de specialitate bolnavii care necesită precizare de diagnostic, asistenţă medicală de specialitate sau internare în spital ;

- selecţionează bolnavii, pentru tratament balneo-climatic, asigură efectuarea examenelor clinice şi de laborator necesare trimiterii în staţiuni, după caz, solicitînd sprijul medicilor de specialitate ;

- selecţionează persoanele ce pot fi cuprinse în acţiunile de imunizări active, stabileşte contraindicaţiile medicale şi modul de aplicare al imunizării ;

- internează bolnavii în staţionar, întocmeşte foaia de observaţie, stabileşte diagnosticul, instituie tratamentul şi regimul dietetic, înscrie zilnic în foaia de observaţie evoluţia clinică, medicaţia,regimul alimentar, etc ;

x) Codul muncii,legea 12/1971,legea 3/1978 Ordin M.S.nr.15/1982 .

- supraveghează recoltarea produselor pentru analizele de laborator ce se efectuează în dispensar şi pentru laboratoarele unităţilor specializate;

- organizează depistarea precoce a gravidelor, examinarea acestora, stabilirea diagnosticului de sarcină şi urmărirea evoluţiei sarcinii prin examene clinice şi de laborator periodice ;

- precizează unitatea sanitară în care va naşte gravida ;

- urmăreşte acordarea drepturilor legale ale femeii gravide ;

- organizează supravegherea la domiciliu a lăuzelor ;

- aplică măsurile de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, a bolilor profesionale şi a bolilor cronice, conform normelor M.S., colaborînd cu medicii de specialitate ;

- conduce şi răspunde de aplicarea tuturor măsurilor în focarul de boli transmisibile şi asigură izolarea - la spital sau la domiciliu - a cazurilor conform dispoziţiilor în vigoare ;

- asigură efectuarea imunizărilor conform normelor sanitare ;

- efectuează triajul epidemiologic în colectivităţile de copii ;

- supraveghează şi controlează aplicarea normelor de igienă în unităţile de alimentaţie publică şi în colectivităţi ;

- constată abaterile de la normele de igienă şi antiepidemice şi aplică măsurile legale ;

- efectuează , controlează şi îndrumă activitatea de educaţie sanitară a personalului mediu şi auxiliar sanitar în subordine ;

- organizează şi antrenează activul sanitar în acţiunile antiepidemice, de igienă şi curativo - profilactice, de pe teritoriul comunei ;

- instruieşte activul sanitar al dispensarului şi formaţiunile sanitare voluntare de Cruce Roşie ;

- urmăreşte aplicarea măsurilor de îmbunătăţire a condiţiilor de viaţă şi de muncă ale bolnavilor dispensarizaţi, solicitînd sprijinul consiliului popular, organizaţiilor obşteşti şi conducerilor unităţilor socialiste pentru rezolvarea lor ;

Cînd în teritoriul dispensarului funcţionează şi o întreprindere, se adaugă următoarele sarcini :

- studiază condiţiile de muncă şi procesele tehnologice pentru depistarea factorilor cu risc de îmbolnăvire din mediul şi modul de muncă, recomandă măsurile de rezolvare a acestora ;

- stabileşte locurile de muncă în vederea acordării materialelor de protecţie, controlează distribuţia şi utilizarea acestora .

Programul de muncă al medicului de medicină generală pentru adulţi trebuie să cuprindă în medie zilnic (orientativ) :

- 4 ore consultaţii în dispensar sau în punctele sanitare, din care

într-o zi fixă pe săptămînă 2- 3 ore sînt atribuite consultaţiilor prenatale;

- 2 - 3 ore teren pentru consultaţii la domiciliu, în colectivităţi şi pentru activităţi igienico-sanitare şi antiepidemice ;

- efectuează zilnic vizita medicală în formaţiunile cu paturi .

Programul medicului conducător este acelaşi, în timpul desfăşurării activităţii în dispensar, el rezolvînd şi problemele de organizare şi rapor - tare a activităţii şi sarcinile administrativ-gospodăreşti .

Medicul de medicină generală pentru copii are următoarele sarcini:

- asigură primul ajutor medical şi asistenţa de medicină generală populaţiei o - 16 ani ;

- asigură şi răspunde de aplicarea normelor de prevenire şi reducere a morbidităţii şi mortalităţii copiilor şi mai ales a celor din primul an de viaţă ;

- ia în evidenţă copiii o - 16 ani, începînd cu nou-născuţii, supra- veghează activ şi diferenţiat copiii din evidenţa specială ;

- în colaborare cu medicii de specialitate din policlinică, asigură dispensarizarea copiilor cu boli cronice (renale,reumatismale,hepatice, neu- ropsihice) ;

- efectuează vizite active la domiciliul copiilor bolnavi şi sănătoşi precum şi în colectivităţile de copii fără medic propriu ;

- efectuează imunizări la copiii din teritoriu şi din colectivităţi - le de copii fără medic ; efectuează examenul medical al copiilor ce urmează a fi vaccinaţi şi stabileşte contraindicaţiile temporare a imunizărilor ;

- împreună cu specialiştii de profil, nominalizează indicaţiile pentru participarea şcolarilor la diversele forme de educaţie fizică;

- asigură recoltarea produselor necesare investigaţiilor epidemiolo- gice ;

- aplică măsurile complexe de prevenire şi combatere a bolii respi - ratorii şi diareice acute la copii ;

- asigură depistarea şi luarea în evidenţă a copiilor cu probleme so- cio-familiale necesare pentru ocrotirea unor categorii de minori ;

- organizează educaţia sanitară a copiilor, preşcolarilor şi şcola - rilor .

Programul de muncă cuprinde în medie zilnic (orientativ) :

- 3-4 ore teren pentru consultaţii la domiciliu, în colectivităţi sau alte activităţi ;

- 3 ore de consultaţii în dispensar , puncte sanitare ;

- efectuarea vizitei medicale zilnice în staţionarul de copii şi în casa de naşteri (nou-născuţi) .

Din programul de activitate în dispensar se rezervă 3-4 ore într-o

zi fixă pe săptămînă pentru consultaţii de puericultură (în funcţie de numărul de copii) .

In lipsa medicului de medicină generală pentru copii, sarcinile acestuia se asigură de medicul de medicină generală adulţi .

Medicul stomatolog are următoarele sarcini :

- examinează , stabileşte diagnosticul şi efectuează tratamentul afecţiunilor buco-dentare şi îndrumă bolnavii care necesită asistenţă de specialitate la policlinică ;

- depistează activ şi rezolvă afecţiunile buco-dentare, în special carja dentară, începînd cu copiii, gravidele şi bolnavii cardiaci, digestivi etc, conform indicaţiilor specialiştilor stomatologi ;

- colaborează cu medicii de medicină generală pentru adulţi şi copii din dispensar şi efectuează tratamentele necesare prevenirii şi combaterii unor boli generate de afecţiunile buco-dentare .

Programul zilnic de muncă cuprinde :

- 7 ore consultaţii şi tratamente în cabinetul stomatologic ;

- timpul acţiunilor de depistare efectuate în şcoli sau întreprinderi se cuprinde în programul zilnic de lucru .

Sora medicală a cabinetului de consultaţii are următoarele sarcini:

- ajută pe medic la asigurarea asistenţei medicale curente şi de urgenţă ;

- acordă primele îngrijiri în caz de boală, accident,intoxicaţie ;

- efectuează sterilizarea instrumentarului şi a materialelor sanitare necesare pentru consultaţii şi tratament ;

- recoltează produsele biologice pentru analizele de laborator ;

- efectuează tratamente medicale conform indicaţiilor medicului,în dispensar sau la domiciliul bolnavului ;

- asigură mobilizarea personalului din întreprinderi şi instituţii, a elevilor şi altor categorii de persoane pentru controlul medical periodic ;

- ţine evidenţa medicamentelor şi a materialelor sanitare consumate;

- efectuează, după prealabilă instruire, analizele sumare de laborator ;

- întocmeşte catagrafia grupelor de populaţie necesară acţiunilor preventive (imunizări,depistări ale bolii etc) ;

- execută, sub supravegherea medicului, imunizările şi testările biologice planificate ;

- desfăşoară activitate de educaţie sanitară ;

- sesizează medicul asupra problemelor ce depăşesc competenţele sale;

Programul de muncă (8 ore) cuprinde activităţi în dispensar (sau punct sanitar) şi teren, în funcţie de necesităţi. Prin rotaţie este inclusă

în programul de permanenţe al dispensarului .

Sora de pediatrie, înafara activităţilor sorei medicale pentru adulţi, are şi următoarele sarcini specifice ;

- execută triajul epidemiologic şi pregăteşte copiii pentru consultaţie ;

- aplică tratamentele prescrise de medic copiilor, în dispensar şi la domiciliul acestora ;

- solicită medicul pentru examinarea la domiciliu sau în dispensar, a copilului aflat în tratament, ori de cîte ori starea acestuia o impune ;

- controlează evoluţia sănătăţii copiilor bolnavi trataţi la domiciliu şi informează pe medic asupra celor constatate ;

- acordă, în lipsa medicului, primul ajutor în cazări de urgenţă şi supraveghează transportul urgenţelor la unităţile sanitare de specialitate ;

- participă la instruirea mamelor în probleme practice de puericultură şi îngrijirea copilului .

Programul de muncă este acelaş cu al sorei medicale de adulţi .

Sora medicală de la staţionarul dispensarului are următoarele sarcini :

- asigură îngrijirea bolnavilor internaţi, conform cu indicaţiile medicului ;

- organizează şi supraveghează pregătirea şi distribuirea hranei ;

- supraveghează starea bolnavilor şi aduce la cunoştinţa medicului orice schimbare a acesteia. Aplică tratamentele şi administrează medicamentele la bolnavii internaţi conform prescripţiilor medicale din foaia de observaţie ;

- asigură şi răspunde de sterilizarea instrumentarului ;

- ţine la zi registrul de internări şi ieşiri ale bolnavilor din staţionar ; întocmeşte foaie de alimentaţie zilnică ;

- răspunde de aprovizionare, primirea şi păstrarea inventarului, a combustibilului şi alimentelor şi sesizează medicul asupra lipsurilor în gestiune ;

- răspunde de aplicarea normelor de igienă şi antiepidemice în staţionar ;

- desfăşoară activitate de educaţie sanitară .

Programul zilnic de muncă este de 8 ore şi se adaptează necesităţilor, acest cadru fiind inclus şi în programul de permanenţă al dispensarului .

Cînd staţionarul nu are cadru atribuit, sarcinile sînt preluate de sora cabinetului medical .

Oficiantul sanitar (sora medicală de igienă) ate următearele sarcini:

- acordă primele îngrijiri medicale în caz de boală sau accident ;

- face vizite în gospodării şi colectivităţi pentru depistarea activă a bolilor transmisibile şi a parazitismului ;

- aplică, sub îndrumarea medicului, măsurile de luptă în focarele de boli transmisibile (izolarea bolnavului, declararea cazului, dezinfecţia continuă şi terminală, recoltarea de probe şi produse patologice şi expedierea acestora la laborator, aplicarea măsurilor de salubrizare în focar, supravegherea contacţilor şi purtătorilor depistaţi, educaţia sanitară în focar) ;

- execută controlul sanitar curent al obiectivelor din circuitul alimentelor, a surselor de apă, a altor obiective de igienă şi recoltează probe de alimente şi de apă conform indicaţiilor medicului ;

- execută controlul sanitar curent al modului de colectare, tratare şi îndepărtare a reziduurilor lichide şi solide din gospodăriile individuale, unităţile din sectorul industrial, din sectorul cooperatist sau socialist agricol, instituţii de învăţământ, precum şi din alte unităţi ale sectorului de stat sau cooperatist ;

- sesizează medicul asupra problemelor ce-l depăşesc ;

- desfăşoară activitate de educaţie sanitară ;

- ţine evidenţa problemelor şi activităţii antiepidemice şi de igienă ;

- întocmeşte procese verbale de constatare a abaterilor de la normele de igienă şi antiepidemice, pe care le prezintă medicului .

Programul de muncă - 8 ore - este împărţit în 7 ore activitate zilnică în teren şi 1 oră dispensar, timp necesar informării medicilor şi completării evidenţelor, fiind inclus prin rotaţie în programul de permanenţă al dispensarului.-

<u>Moaşa dispensarului</u> are următoarele sarcini

- depistează şi ia în evidenţă gravidele din teritoriu prin vizite în familii ;

- mobilizează gravidele la control medical prenatal şi ajută pe medic în efectuarea acestuia ;

- recoltează de la gravide produsele biologice, se îngrijeşte de expedierea lor la laborator şi de preluarea rezultatelor ;

- efectuează - la indicaţia medicului - imunizări la gravide ;

- vizitează la domiciliu gravidele în timpul sarcinii ;

- asigură asistenţa la naştere şi îngrijirea nou-născutului, în cazul cînd naşterea are loc la domiciliu ;

- supraveghează lăuza la domiciliu şi informează medicul asupra situaţiilor anormale din evoluţia acesteia ;

- efectuează educaţia sanitară a gravidei şi a lăuzei .

Programul de muncă - 8 ore - este împărţit în 7 ore activitate zilnică în teren şi 1 oră în dispensar (pentru informarea medicului şi completarea evidenţelor), fiind inclusă prin rotaţie în programul de permanenţă al dispensarului .

Moaşa la casa de naşteri are următoarele sarcini :

- primeşte gravidele în casa de naşteri şi le pregăteşte pentru naştere ;
- asigură, sub conducerea medicului, asistenţa calificată la naştere ;
- asigură îngrijirea lăuzelor şi aplică tratamentele indicate de medic ;
- efectuează îngrijirea nou-născuţilor şi aplică măsurile profilactice ;
- supraveghează modul de alăptare a nou- născuţilor, de către lăuze;
- răspunde de igiena individuală a lăuzelor ;
- administrează medicamentele la lăuze şi nou-născuţi ;
- asigură sterilizarea şi păstrarea instrumentarului pentru casa de naşteri ;
- efectuează educaţia sanitară a gravidelor şi lăuzelor din casa de naşteri (igienă personală, alimentaţie şi îngrijire a nou-născuţilor şi de prezentare la control medical periodic) ;
- ţine la zi registrul de evidenţa naşterilor; se interesează la maternitatea teritorială de starea şi evoluţia gravidei, lăuzei şi nou născutului trimise de dispensar ;
- întocmeşte foaia de alimentaţie zilnică, organizînd şi supraveghind pregătirea şi distribuirea hranei ;
- gestionează alimentele, combustibilul şi materialele gospodăreşti, înştiinţează medicul de orice lipsuri constatate în gestiunea sa .

Programul de muncă este de 8 ore şi se adaptează în funcţie de necesităţi, fiind inclusă prin rotaţie în programul de permanenţă al dispensarului.

In cazul în care dispensarul nu are încadrată o moaşă pentru casa de naşteri, atribuţiile revin moaşei dispensarului .

Sora de ocrotire are următoarele sarcini :

- urmăreşte şi supraveghează, împreună cu moaşa, gravidele din ultimile 2 luni de sarcină, pentru asigurarea în familie a condiţiilor dezvoltării nou-născutului ;
- preia informaţiile principale despre nou-născut din unitatea sanitară unde a avut loc naşterea înainte de sosirea copilului în familie ;
- supraveghează activ nou-născuţii şi sugarii şi mobilizează mamele pentru consultaţiile profilactice de la dispensar ;
- îndrumă pentru consultaţii la dispensar nou-născuţii bolnavi, sau

solicită, după caz, deplasarea medicului la domiciliul copilului ;

- vizitează lăuzele la domiciliu, recomandînd măsurile necesare de protecţia sănătăţii nou-născutului ;

- mobilizează mamele la cursurile de şcoala mamei făcînd expuneri şi demonstraţii practice ;

- urmăreşte şi supraveghează copiii de toate vîrstele şi mai ales a celor de vîrstă mică din evidenţa specială ;

- vizitează copiii bolnavi la domiciliu şi urmăreşte aplicarea tratamentelor şi indicaţiilor dietetice ale medicului ; face educaţie sanitară în familie ;

- participă la efectuarea anchetei de deces a copiilor o-1 an ;

- ia măsuri de izolare în unităţi specializate a copiilor nou-născuţi din femei bolnave de tuberculoză ;

- ia în evidenţă şi vizitează colectivităţile de copii (permanente şi sezoniere), urmărind starea de sănătate a copiilor şi desfăşoară muncă de educaţie sanitară ;

- participă la controlul periodic efectuat de către medic ;

- depistează, ia în evidenţă şi urmăreşte copiii deficienţi senzoriali (orbi,miopi,surdo-muţi,hipoacuzici), deficienţi neuropsihici şi motori, în vederea trimiterii lor la tratament medical şi în şcoli de învăţămînt special ;

- semnalează medicului cazurile de boli transmisibile .

Sora de ocrotire poate primi şi alte sarcini privind ocrotirea familiilor cu probleme medicale speciale .

In lipsa sorei de ocrotire, sarcinile prevăzute mai sus se îndeplinesc de către alte cadre stabilite de medicul coordonator .

Programul de muncă al sorei de ocrotire (8 ore) este împărţit în 6 ore de activitate zilnică în teren şi 2 ore în dispensar (unde asistă la consultaţiile de puericultură, informează pe medic asupra activităţii desfăşurate, completează evidenţele etc), fiind inclusă prin rotaţie în programul de permanenţă al dispensarului .

Fiecare din cadrele dispensarului are dreptul, conform Codului Muncii, la zi liberă săptămînală şi lunară care se nominalizează prin programul săptămînal. Medicii nu pot avea toţi aceeaşi zi liberă, iar duminica este zi obişnuită de activitate .

Programul de muncă al dispensarului se organizează (cînd există cadre suficiente) în două ture, alternînd cadrele o zi dimineaţa şi o zi după amiaza . Printr-o judicioasă programare a cadrelor existente e necesar să se asigure permanenţa funcţională a dispensarului în tot cursul zilei cu personal mediu sanitar capabil să asigure asistenţa de urgenţă. Inafara pasgnea-

ţei din cursul zilei, se organizează un serviciu de permanenţă prin rotaţie (pentru asigurarea asistenţei medicale de urgenţă în cursul nopţii), cu cadre medii care locuiesc în localitate . In acest sens tabelul cadrelor care asi - gură permanenţa la domiciliu (noaptea) se afişează la sediul dispensarului şi în alte locuri publice .

DISPENSARUL MEDICAL URBAN (schema 19)

Marea densitate şi dispersia redusă a populaţiei permit ca în oraşe să se organizeze unităţi medicale puternice cu variate servicii de specialitate, încadrate cu medici specialişti şi dotate cu instrumentar, aparatură şi utilaj medical ce pot fi utilizate cu randament .

Nivelul cultural sanitar mai ridicat al populaţiei orăşeneşti determină o mai bună adresabilitate la asistenţa medicală şi receptivitate la rezolvarea propriilor nevoi de sănătate .

Particularităţile mediului şi modului de viaţă şi de muncă din centrele urbane (poluare , aglomerare, ritm mai intens de viaţă etc) condiţionează nivelele mai mari de morbiditate prin boli pulmonare acute şi cronice , accidente, nevroze , boli cronice ale aparatului locomotor, prin unele boli cardiovasculare şi digestive, cancer pulmonar .

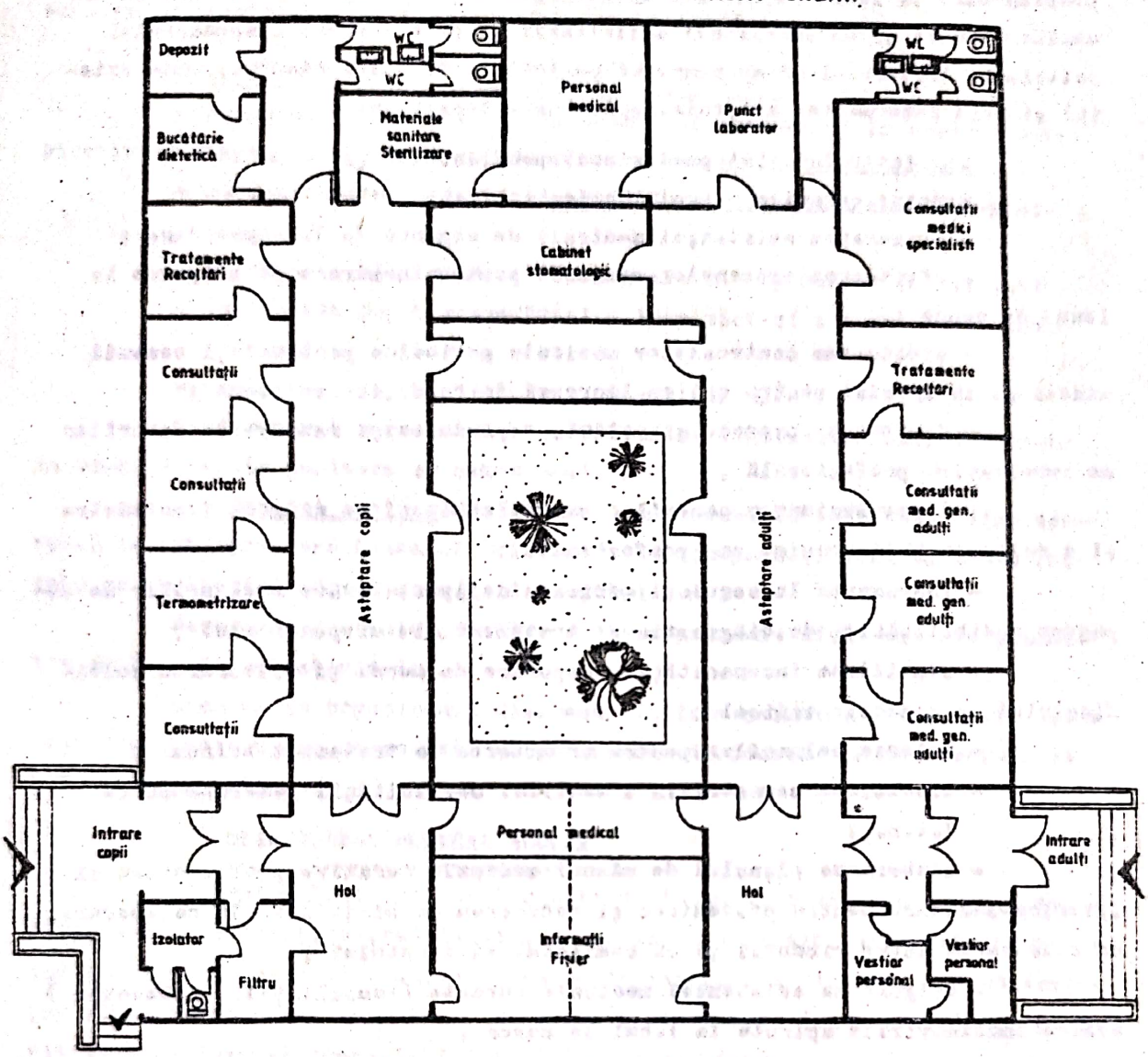
Teritorializarea asistenţei medicale pe circumscripţii sanitare ţine seama de identitatea actuală şi viitoare a cartierelor şi este determinată de numărul locuitorilor şi al personalului din unităţile economice. Fiecare circumscripţie sanitară are dispensarul său medical amplasat izolat sau într-un local cu mai multe dispensare în raport de dispersia locuinţelor şi densitatea populaţiei .

Dispensarul medical urban este formaţiunea medicală de prim contact şi cea mai apropiată de populaţie, care prin cadrele sale asigură direct principalele îngrijiri medicale curativo - profilactice, de igienă şi epidemiologice şi de educaţie sanitară pentru populaţia din teritoriul unei circumscripţii sanitare . El este subordonat Direcţiei sanitare judeţene şi arondat tehnic dispensarului policlinic şi, prin acesta, spitalului teritorial (fig.78, schema 14 şi 19) .

Sarcinile lui sînt aceleaşi ca ale dispensarului medical comunal .

In cartierele urbane cu mare densitate s-a organizat concentrarea într-un singur local a 4-8 dispensare medicale realizîndu-se " dispensarul medical comasat" (centrul de sănătate al cartierului), amplasat central în aria populaţiei arondate acestuia (schema 19) . Prin organizarea lui rezultă următoarele principale avantaje : funcţionarea unităţii (consultaţii şi tratamente) fără întrerupere , în tot cursul zilei , realizarea în comun a unor funcţiuni (fişier, sterilizare, intendenţă etc), utilizarea judicioasă

Schema 19 - SCHITA DISPENSARULUI COMASAT URBAN



a spaţiilor şi personalului precum şi completarea cu activităţi tehnico - medicale (puncte de laborator şi de investigaţii funcţionale) .

Se realizează astfel condiţii prielnice organizării muncii în echipă, cu toate avantajele ei: colaborare, tehnicizare şi suplinire reciprocă.

Amplasarea dispensarului medical în incinta policlinicii trebuie favorizată întrucît oferă şi mai mult realizarea asistenţei medicale în echipă cu un conţinut variat şi cu un ridicat nivel tehnic .

DISPENSARUL MEDICAL DE INTREPRINDERE

Dispensarul medical de întreprindere este unitatea sanitară care supraveghează activ starea de sănătate, condiţiile şi capacitatea de muncă ale

personalului muncitor , asigurînd asistenţa de medicină generală curativo - profilactică la locul de muncă . El se organizează în funcţie de numărul oamenilor muncii şi de specificul activităţii şi este arondat dispensarului policlinic teritorial (dispensarului policlinic de întreprindere, unde există) şi prin intermediul acestuia, spitalului teritorial .

Sarcinile lui sînt predominent profilactice şi anume :

Sarcini curativo - profilactice :

- asigurarea asistenţei medicale de urgenţă în întreprindere ;
- efectuarea examenelor medicale pentru încadrare şi adaptare la locul de muncă ;
- efectuarea controalelor medicale periodice pentru toţi oamenii muncii şi în special pentru cei ce lucrează în condiţii deosebite ;
- depistarea precoce şi activă, raportarea şi rezolvarea cazurilor de îmbolnăvire profesională ;
- dispensarizarea oamenilor muncii sănătoşi cu risc de îmbolnăvire şi a celor cu boli cronice sau profesionale ;
- îndrumarea la servicii medicale de specialitate a cazurilor ce depăşesc posibilităţile de diagnostic şi tratament ale dispensarului ;
- stabilirea incapacităţii temporare de muncă şi eliberarea certificatului de concediu medical ;
- trierea bolnavilor pentru trimiterea la tratament balnear ;
- efectuarea semestrială a analizei morbidităţii generale şi cu i.t.m. ;
- elaborarea planului de măsuri medicale curativo-profilactice şi igienico-sanitare pentru prevenirea şi reducerea morbidităţii, în colaborare cu conducerea întreprinderii şi cu comitetul sindicatului ;
- asigurarea asistenţei medicale curente (consultaţii, tratamente) pentru îmbolnăvirile apărute la locul de muncă .

Sarcini igienico - sanitare şi antiepidemice :

- cunoaşterea condiţiilor de muncă şi proceselor tehnologice din întreprinderi pentru depistarea factorilor de mediu şi de muncă cu risc de îmbolnăvire şi indicarea măsurilor de corectare şi, după caz, de schimbare a locului de muncă pentru unii oameni ai muncii ;
- asigurarea profilaxiei bolilor transmisibile prin măsuri antiepidemice .

Sarcini de educaţie sanitară :

- asigurarea educaţiei sanitare a oamenilor muncii în raport cu specificul de activitate şi cu morbiditatea ;
- mobilizarea lor la acţiuni sanitare ;
- sprijinirea activităţii de Cruce Roşie ;

personalului muncitor , asigurînd asistenţa de medicină generală curativo - profilactică la locul de muncă . El se organizează în funcţie de numărul oamenilor muncii şi de specificul activităţii şi este arondat dispensarului policlinic teritorial (dispensarului policlinic de întreprindere, unde există) şi prin intermediul acestuia, spitalului teritorial .

Sarcinile lui sînt predominent profilactice şi anume :

Sarcini curativo - profilactice :

- asigurarea asistenţei medicale de urgenţă în întreprindere ;
- efectuarea examenelor medicale pentru încadrare şi adaptare la locul de muncă ;
- efectuarea controalelor medicale periodice pentru toţi oamenii muncii şi în special pentru cei ce lucrează în condiţii deosebite ;
- depistarea precoce şi activă, raportarea şi rezolvarea cazurilor de îmbolnăvire profesională ;
- dispensarizarea oamenilor muncii sănătoşi cu risc de îmbolnăvire şi a celor cu boli cronice sau profesionale ;
- îndrumarea la servicii medicale de specialitate a cazurilor ce depăşesc posibilităţile de diagnostic şi tratament ale dispensarului ;
- stabilirea incapacităţii temporare de muncă şi eliberarea certificatului de concediu medical ;
- trierea bolnavilor pentru trimiterea la tratament balnear ;
- efectuarea semestrială a analizei morbidităţii generale şi cu i.t.m. ;
- elaborarea planului de măsuri medicale curativo-profilactice şi igienico-sanitare pentru prevenirea şi reducerea morbidităţii, în colaborare cu conducerea întreprinderii şi cu comitetul sindicatului ;
- asigurarea asistenţei medicale curente (consultaţii, tratamente) pentru îmbolnăvirile apărute la locul de muncă .

Sarcini igienico - sanitare şi antiepidemice :

- cunoaşterea condiţiilor de muncă şi proceselor tehnologice din întreprinderi pentru depistarea factorilor de mediu şi de muncă cu risc de îmbolnăvire şi indicarea măsurilor de corectare şi, după caz, de schimbare a locului de muncă pentru unii oameni ai muncii ;
- asigurarea profilaxiei bolilor transmisibile prin măsuri antiepidemice .

Sarcini de educaţie sanitară :

- asigurarea educaţiei sanitare a oamenilor muncii în raport cu specificul de activitate şi cu morbiditatea ;
- mobilizarea lor la acţiuni sanitare ;
- sprijinirea activităţii de Cruce Roşie ;

- instruirea formaţiunilor sanitare (posturi sanitare de prim ajutor, grupe sanitare) şi supravegherea funcţionării acestora .

Sarcini organizatorice şi administrative :

- organizarea activităţii în cadrul dispensarului în raport cu obiectivele fixate prin planul de măsuri tehnico-administrative ;
- perfecţionarea pregătirii profesionale a cadrelor medico-sanitare ;
- ţinerea la zi a evidenţelor primare şi raportarea activităţii ;
- asigurarea bunei gospodăriri a localului şi a bunurilor dispensarului ;
- urmărirea executării bugetului sanitar alocat .

Cînd numărul personalului nu justifică organizarea unui dispensar se asigură puncte sanitare cu cadre medii .

Punctul sanitar de întreprindere poate fi subordonat dispensarului de întreprindere (dacă el există) sau dispensarului medical urban (rural) pe teritoriul căruia se află întreprinderea .

Sarcinile punctului sanitar de întreprindere sînt cele ale punctului sanitar de colectivitate .

Cînd nu se organizează dispensar de întreprindere , sarcinile acestuia sînt îndeplinite de medicul dispensarului teritorial pe raza căruia se află întreprinderea .

DISPENSARUL MEDICAL ŞCOLAR

Dispensarul medical şcolar este unitatea de bază care asigură asistenţa medicală curativo-profilactivă de medicină generală, asistenţa de igienă şi antiepidemică şi realizează educaţia sanitară a elevilor sau studenţilor din colectivităţi organizate în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, scăderii morbidităţii şi promovării stării lor de sănătate .

Dispensarul medical şcolar se organizează în funcţie de numărul de elevi (studenţi) pentru una sau mai multe instituţii de învăţămînt. Cînd se organizează pentru mai multe instituţii de învăţămînt, dispensarul se amplasează în instituţia cu cel mai mare număr de elevi (studenţi) iar în restul unităţilor şcolare se pot organiza puncte sanitare şcolare. Infiinţarea punctului sanitar şcolar se face în raport cu numărul de elevi şi cu distanţa faţă de dispensar .

Dispensarul medical şcolar este subordonat dispensarului policlinic şi, prin acesta, spitalului teritorial .

Medicul dispensarului şcolar are următoarele sarcini principale :

- asigură efectuarea triajului epidemiologic al elevilor la începutul anului şcolar şi după fiecare vacanţă ;

- organizează şi efectuează în colaborare cu medicii de specialitate, examenele de bilanţ la copilul de 6 ani, la elevi şi studenţi, conform reglementărilor dînd indicaţii pentru orientarea şcolară şi profesională ;

- supraveghează dezvoltarea fizică şi neuro-psihică a elevilor şi intervine cu măsuri corespunzătoare ori de cîte ori situaţia o impune ;

- în colaborare cu medicii de specialitate, efectuează examenele medicale în vederea pregătirii tineretului pentru apărarea patriei şi le consemnează în fişe ;

- supraveghează activ elevii şi studenţii din evidenţă specială, asigurînd dispensarizarea acestora în colaborare cu specialiştii ;

- efectuează vizite active în internate, cantine şi infirmerii şcolare, în vederea depistării cauzelor de îmbolnăvire, a supravegherii aplicării normelor de igienă, de alimentaţie şi a examinării şi tratării bolnavilor ;

- colaborează cu conducerea instituţiilor de învăţămînt şi cu personalul didactic în legătură cu regimul de viaţă şi odihnă ; supraveghează desfăşurarea procesului de învăţămînt (teoretic şi practic) al elevilor şi studenţilor , sub aspectul condiţiilor de igienă (inclusiv a procesului de învăţămînt) ;

- controlează, la personalul din şcoli, efectuarea examenelor medicale la încadrare şi a examenelor periodice a stării lor de sănătate ;

- controlează aplicarea normelor de igienă a muncii şi tehnica securităţii în atelierele şcolare şi în alte locuri de practică în producţie;

- în colaborare cu conducerile unităţilor de învăţămînt elaborează planul de educaţie sanitară .

Cadrul mediu din dispensarul medical (punctul sanitar) şcolar are următoarele sarcini :

- asigură triajul epidemiologic şi pregătirea elevilor pentru consultaţie ;

- solicită medicul pentru examinarea în şcoală sau în dispensar a copilului bolnav sau aflat în tratament, ori de cîte ori starea acestuia o impune ;

- acordă primul ajutor în cazuri de urgenţă şi se îngrijeşte de transportul la unitatea sanitară cea mai apropiată ;

- pe baza planului întocmit de medicul şcolar efectuează măsurători antropometrice şi explorări funcţionale minime (ORL, oftalmologice), pe care le înscrie în fişa medicală a elevului, semnalînd medicului aspectele deosebite constatate ;

- ţine evidenţa examinărilor periodice ale personalului şcolii;

- participă la întocmirea meniurilor pentru cantină, controlează

cantitativ şi calitativ alimentaţia ;

- controlează igiena individuală a elevilor, face educaţia sanitară şi participă la instruirea elevilor din colectivele posturilor de prim ajutor;

- controlează respectarea condiţiilor de igienă în şcoală (clase, laboratoare, săli de gimnastică, grupuri sanitare şi ateliere), internat şi cantină .

In cadrul dispensarului şcolar se poate organiza şi un cabinet stomatologic care asigură dispensarizarea şi rezolvarea afecţiunilor dento-maxilare .

In lipsa medicului şcolar, sarcinile acestuia sînt preluate de medicul dispensarului medical urban (rural) în teritoriul căruia se află şcoala.

Asistenţa medicală ambulatorie (dispensare- policlinici şi dispensare medicale cu formaţiunile lor) ocupă o pondere din ce în ce mai impprtantă în asistenţa medicală a populaţiei şi în realizarea programelor sanitare teritoriale prin apropierea lor de familii şi colectivităţi, prin tehnicizarea îngrijirilor medicale şi prin asigurarea realizării acţiunilor prioritare de sănătate .

Dezvoltarea unităţilor şi îngrijirilor medicale ambulatorii asigură nu numai creşterea accesibilităţii populaţiei la o mare variabilitate de acte medicale ci şi degrevarea unităţilor cu paturi de internări repetate ce sînt de 5-lo ori mai scumpe decît actele medicale ambulatorii . Se obţine astfel optimizarea asistenţei medicale prin creşterea numărului de persoane ce beneficiază de variate îngrijiri ale sănătăţii la un cost redus din bugetul sanitar (spitalele consumă peste 5o % din bugetul sanitar şi rezolvă aproximativ 15 % din bolnavi, iar unităţile ambulatorii consumă 3o % din bugetul sanitar şi rezolvă 85 % din bolnavi) .

4.5.1.2. Alte unităţi medico - sanitare

In afară de spitalul orăşenesc teritorial - de diferite grade ierarhice, cu formaţiunile sale componente şi cu funcţiile sale complexe ce-l fac figura de bază şi centrală în asistenţa medicală - în completarea asigurării nevoilor de sănătate ale populaţiei mai participă şi alte tipuri de unităţi sanitare . Acestea sînt :Centrul sanitaro-antiepidemic, Staţia de salvare judeţeană, Laboratorul judeţean de medicină legală, Centrul judeţean de recol - tare şi conservare a sîngelui, creşa, leagănul de copii, sanatoriul şi preventoriul . Unele din acestea au personalitate juridică iar altele fac parte din structura organizatorică a altor unităţi sanitare . In structura organizatorică pe verticală a funcţiilor lor în teritoriu judeţean, fiecare din ele au particularităţi proprii : Laboratorul de medicină legală funcţionează numai în centrul judeţean, unele au unităţi corespondente pînă la nivelul

spitalului orăşenesc (centrul sanitaro-antiepidemic, centrul de recoltare şi de conservare a sîngelui, staţia de salvare), iar altele funcţionează în centre populate urbane sau rurale cu rază teritorială restrînsă (creşa), ori cu rază teritorială mai mare (leagănul de copii, sanatoriul, preventoriul). Înfiinţarea, modificarea capacităţii şi desfiinţarea acestor unităţi sanitare se face prin hotărîrea organului judeţean (orăşenesc) al puterii de stat cu acordul Ministerului Sănătăţii (Direcţiei sanitare).[x)]

a) Centrul judeţean sanitaro - antiepidemic [x)] (CSA) asigură efectuarea investigaţiilor privind cauzele îmbolnăvirilor şi factorii ce condiţionează sănătatea populaţiei, supraveghează condiţiile de igienă ale mediului, execută şi controlează aplicarea măsurilor de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, profesionale şi a celor cu largă răspîndire, asigură respectarea măsurilor de protecţie sanitară a frontierei de stat cu privire la bolile transmisibile, îndrumă şi controlează întreaga activitate de igienă şi antiepidemică desfăşurată de unităţile sanitare din judeţ. În teritoriul judeţului, el exercită funcţia de inspecţie sanitară de stat, pentru care acte de autoritate este subordonat Ministerului Sănătăţii (Inspectoratului Sanitar de Stat central) . CSA judeţean face parte din structura organizatorică a Direcţiei sanitare , iar corespondentul său la nivelul municipiilor şi oraşelor este laboratorul de epidemiologie, care funcţionează în structura organizatorică a spitalului teritorial. Activităţile de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, profesionale şi a celor cu largă răspîndire sînt realizate de spitalul teritorial prin dispensarele medicale (rurale, urbane, de întreprindere şi şcolare) .

În executarea prevenirii şi combaterii bolilor supuse Regulamentului sanitar internaţional, la frontierele de stat funcţionează cabinetul medico-sanitar de port şi frontieră .[xx)] Acesta face parte din structura spitalului teritorial sau a CSA şi se organizează pe lîngă punctele de trecere a frontierei de stat (rutiere, feroviare, portuare şi aeroportuare) .

b) Staţia de salvare judeţeană asigură primul ajutor medical şi transportul de urgenţă al bolnavilor, accidentaţilor, gravidelor, medicamentelor, produselor biologice şi al personalului medico-sanitar necesare acordării asistenţei medicale de urgenţă. Ea se organizează în structura spitalului judeţean şi funcţionează fără întrerupere (ziua şi noaptea), inclusiv duminica şi sărbătorile legale. Corespondenţa acestei unităţi în structura spitalelor orăşeneşti funcţionează serviciul de salvare .

---

x) Conf.Decret 296/1973 şi Legea 3/1978 .

xx) Norme generale de organiz.şi funcţionare a unităţilor sanit.Min.Sănăt. pg. 85 .

c) Laboratorul județean de medicină legală asigură efectuarea expertizelor, analizelor, consulturilor și altor prestații medico-legale. Laboratorul județean face parte din structura Direcției sanitare cu excepția celor din Cluj, Iași, Mureș, Timiș, Dolj și municipiul București ce funcționează ca laboratoare exterioare a Institutului de Medicină Legală București. Activitatea de medicină legală se poate asigura și de laboratoare de medicină legală din spitale - îndrumate tehnic de laboratorul județean și în situație de excepție de medici legiști delegați. Pentru actele de autoritate privind activitatea de medicină legală, medicul șef al laboratorului județean este subordonat Ministerului Sănătății .

Pentru buna desfășurare a activității de medicină legală, unitățile sanitare au obligația să asigure analize, examene de specialitate, copii și extrase din documentele medicale necesare efectuării expertizelor medico-legale .

d) Centrul județean de recoltare și conservare a sîngelui (CRCS) asigură recoltarea și conservarea sîngelui precum și prepararea unor derivate de sînge necesare în asistența medicală. El face parte din structura organizatorică a Direcției sanitare și este îndrumat tehnic de Centrul de Hematologie al Ministerului Sănătății. La rîndul său, Centrul județean îndrumă și coordonează activitatea de recoltare și conservare a sîngelui în teritoriul județului .

Creșa este unitatea sanitară care asigură creșterea, educarea și asistența medicală a copiilor în vîrstă de pînă la 3 ani a căror părinți sînt în producție, se află în perioada de studii ori în alte situații similare. Ea se organizează atît în sistemul teritorial (creșă de cartier, de comună) cît și la locul de muncă al mamelor (creșă de întreprindere, de instituție, de organizație cooperatistă). In raport de programul de activitate, creșa poate funcționa :cu orar de zi sau cu orar săptămînal (copilul este adus la început de săptămînă și preluat la sfîrșitul ei) . Structura interioară a creșei cuprinde : compartimentul de primire (cu filtrul, izolatorul și cabinetul medical), camere pentru grupe de copii (maxim 25 copii într-o grupă) destinate somnului, jocului și mesei și anexele gospodărești . Poate funcționa ca unitate separată, în structura unei alte unități sanitare sau împreună cu o grădiniță de copii .

Atribuțiile creșei se referă la ; x)

- organizarea unui regim rațional de viață în vederea dezvoltării normale somatice și psihomotorii a copiilor ;

x) Norme generale de organizare și funcționare a unităților sanitare M.S. pag. 92 .

- asigurarea unei alimentaţii raţionale şi individualizate ;
- creşterea rezistenţei specifice şi nespecifice a organismului copiilor ;
- asigurarea unui program educativ complex şi diferenţiat cu vîrsta;
- însuşirea deprinderilor igienice adecvate vîrstei ;
- acordarea primului ajutor şi îngrijirilor medicale în caz de îmbolnăvire .

f) Leagănul de copii asigură ocrotirea , creşterea, educarea şi îngrijirea medicală a copiilor în vîrstă de pînă 3 ani, fără susţinători legali sau care prezintă anumite afecţiuni ce necesită asistenţă medicală (deficienţi motori sau neuro-psihici, prematuri, contacţi de tuberculoză, copii din familii dezorganizate etc) .

Leagănul de copii se organizează ca unitate sanitară cu personalitate juridică (dacă are cel puţin 15o paturi) sau ca secţie în structura unei unităţi sanitare apropiate (dacă are mai puţin de 15o paturi) .

In structura sa interioară leagănul de copii are :

- primirea ;
- carantina (cu cel puţin lo % din numărul de paturi) ;
- saloane pentru mame ;
- încăperi pe grupe de copii ;
- cabinet de consultaţii şi tratamente, laborator, radiologie, farmacie ;
- punct de colectare a laptelui matern ;
- servicii gospodăreşti .

g) Sanatoriul este unitatea sanitară cu paturi care asigură asistenţa medicală utilizînd factorii curativi naturali, asociaţi cu celelalte procedee , tehnici şi mijloace terapeutice , în scopul recuperării bolnavilor, consolidării stării de sănătate şi a capacităţii lor de muncă .

In raport de boala de care se ocupă el se poate organiza ca :

- sanatoriu de tuberculoză ;
- sanatoriu balnear pe diverse profiluri de specialitate : deficienţi motori, boli psihice, boli cardiovasculare, digestive, renale etc. Iar în raport cu vîrsta internaţilor, sanatoriul poate fi de adulţi sau de copii. In această ultimă situaţie, paralel cu asigurarea asistenţei medicale se organizează şi activitate instructiv - educativă cu personal didactic (normat de Ministerul Educaţiei şi Invăţămîntului pentru şcoli speciale) .

El se poate organiza ca unitate independentă (cu personalitate juridică) sau ca secţie exterioară în structura unui spital sau sanatoriu apropiat (cînd are mai puţin de 12o paturi) .

In afara atribuţiilor unităţilor spitaliceşti, sanatoriul mai are şi următoarele atribuţii specifice :

- asigurarea asistenţei medicale utilizînd, pe lîngă factori curativi naturali, terapia prin muncă asociată cu celelalte procedee, tehnici şi mij - loace terapeutice în scopul ameliorării sănătăţii şi recuperării capacităţii de muncă ;

- asigurarea instrucţiei şi educaţiei pentru şcolari şi preşcolari;

- asigurarea educaţiei sanitare a bolnavilor internaţi, în scopul consolidării comportamentului igienic şi favorizări procesului de recuperare.

h) Preventoriul , unitate sanitară cu paturi care asigură preveni - rea şi combaterea tuberculozei la copii şi tineri şi asistenţa medicală a bolnavilor de tuberculoză stabilizaţi clinic şi necontagioşi . In preventoriu se internează :

- bolnavi cu localizări pulmonare şi extrapulmonare, stabilizaţi clinic şi necontagioşi , externaţi din spitale sau sanatorii ; foşti bolnavi de tuberculoză cu risc de recădere sau, cu boli asociate ce lucrează în locuri de muncă cu solicitări fizice sau noxe deosebite ;

- copiii şi tineri cu viraje tuberculinice ;

- persoane cu leziuni tuberculoase minime, necontagioase ;

- copii şi adolescenţi , contacţi din focare bacilifere .

Durata internării este de pînă la 3 luni .

In raport cu numărul de paturi, el se poate organiza ca unitate independentă (cu personalitate juridică) sau ca secţie exterioară în structura organizatorică a unei unităţi sanitare apropiate (cînd are mai puţin de 12o paturi) .

Preventoriile pot fi pentru adulţi sau pentru copii. In preventoriile pentru copii, paralel cu asigurarea asistenţei medicale se organizează şi activitate instructiv - educativă .

In funcţie de teritoriul atribuit şi de profilul de specialitate , sanatoriile şi preventoriile se subordonează Ministerului Sănătăţii sau Consiliului popular judetean .

4.5.2. Unităţi pentru asigurarea populaţiei şi unităţilor sanitare cu medicamente, produse farmaceutice,aparatură şi produse tehnico-medicale

Asistenţa medicală a populaţiei şi funcţionarea tuturor unităţilor sanitare necesită un variat consum de medicamente şi alte produse farmaceutice, de materiale sanitare, aparatură şi produse tehnico - medicale. Asigurarea acestora se realizează de Oficiul farmaceutic şi de unităţile acestuia .

1. - Oficiul farmaceutic este unitate cu personalitate juridică

subordonat Ministerului Sănătăţii şi Direcţiei sanitare [x]. El îşi desfăşoară activitatea pe teritoriul a 1 - 3 judeţe, teritorializare ce se stabileşte de M.S. -

Principalele atribuţii ale Oficiului farmaceutic pot fi grupate în [xx]:

- economico-organizatorice, care se referă la : stabilirea anuală a necesarului teritoriului în produse farmaceutice, repartizarea şi redistribuirea acestora pe unităţi farmaceutice , asigurarea rezervelor de medicamente, elaborează propunerile de dezvoltare a reţelei farmaceutice ;

- tehnice, care constau în îndrumarea şi controlul activităţii unităţilor şi calităţii medicamentelor , controlul stocurilor şi circulaţiei produselor toxice şi a stupefiantelor , blocarea şi retragerea din circulaţie a produselor necorespunzătoare , pregătirea profesională a personalului farmaceutic ;

- de depozitare , care se referă la : asigurarea depozitării corespunzătoare şi gestionării produselor, preîntîmpinarea stocurilor supranormative, a degradării , deprecierii şi perimării produselor farmaceutice .-

Oficiul farmaceutic asigură asistenţa cu medicamente , controlul calităţii acestora şi aprovizionarea cu celelalte produse a unităţilor sanitare şi a populaţiei prin următoarele unităţi : farmacii şi puncte farmaceutice , laboratorul pentru controlul medicamentelor şi unităţi tehnico - medicale .

2.- Farmacia asigură asistenţa cu medicamente a populaţiei şi a unităţilor sanitare prin prepararea şi desfacerea medicamentelor şi altor produse farmaceutice . Ea poate fi : cu circuit închis - destinată asigurării cu medicamente a unităţilor sanitar (spitale , policlinici , sanatorii) şi cu circuit deschis (farmacie publică) destinată asigurării cu medicamente a populaţiei , a unităţilor sanitare (ce nu au farmacii) , a instituţiilor şi organizaţiilor ce au acţiuni cu caracter sanitar . Programul de funcţionare a farmaciilor publice se stabileşte de Oficiul farmaceutic, iar a farmaciilor cu circuit închis de către conducerea unităţilor sanitare .

Pentru asigurarea accesibilităţii la asistenţa cu medicamente a populaţiei din localităţi rurale , din unele cartiere urbane şi din unităţi sanitare mici se organizează punctul farmaceutic , ca subunitate a farmaciei apropiate . Acesta poate fi de gradul I, cînd este condus de un tehnician de farmacie şi de gradul II , cînd este condus de un cadru mediu sanitar al dispensarului medical rural . Ambele puncte farmaceutice asigură aprovizionarea populaţiei cu specilităţi farmaceutice , produse galenice şi produse tehnico-

---

x) Legea 3/1978, art.39 şi Decretul 296/1973, art. 3 .
xx) Norme generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare, M.S. pag. 125 şiu.

medicale în afara produselor toxice, a stupefiantelor şi a preparării reţetelor magistrale (pentru care nu au competenţă) . Punctul farmaceutic de gradul I asigură asistenţa cu medicamente a populaţiei şi a unor unităţi sanitare , iar cel de gradul II numai a populaţiei . Acesta din urmă se înfiinţează de Oficiul Farmaceutic la propunerea dispensarului medical . Pentru conducerea punctului farmaceutic gr. II, medicul şef al dispensarului desemnează unul din cadrele medii ce îndeplineşte condiţiile cerute de lege privind gestiunea bunurilor . Acest punct farmaceutic poate funcţiona în localul dispensarului medical sau a punctului sanitar .

3.- Laboratorul pentru controlul medicamentului , ca unitate tehnică a Oficiului farmaceutic , asigură controlul calităţii medicamentelor şi a altor produse farmaceutice din depozitul oficiului precum şi a celor preparate, conservate şi difuzate prin reţeaua farmaceutică din teritoriul arondat oficiului .

4.- Unităţile tehnico - medicale asigură - pentru populaţie - preluarea , asamblarea şi desfacerea pe bază de prescripţie medicală a instrumentarului medical şi de laborator , a articolelor optice şi a materialelor sanitare .

4.5.3.- Instituţii de cercetare ştiinţifică şi de învăţământ medico - farmaceutic

Cercetarea ştiinţifică medicală , ca factor de bază în progresul multilateral al activităţii de asigurare a sănătăţii populaţiei , este strîns legată de cunoaşterea proceselor fundamentale ale vieţii şi de cerinţele programelor sanitare . Ea asigură noi metode şi mijloace pentru prevenirea îmbolnăvirilor , apărarea şi refacerea sănătăţii pe care serviciile medicale au obligaţia să le introducă şi să le valorifice în practica sanitară .

In cercetarea ştiinţifică medicală din ţara noastră participă o amplă şi variată reţea de unităţi :

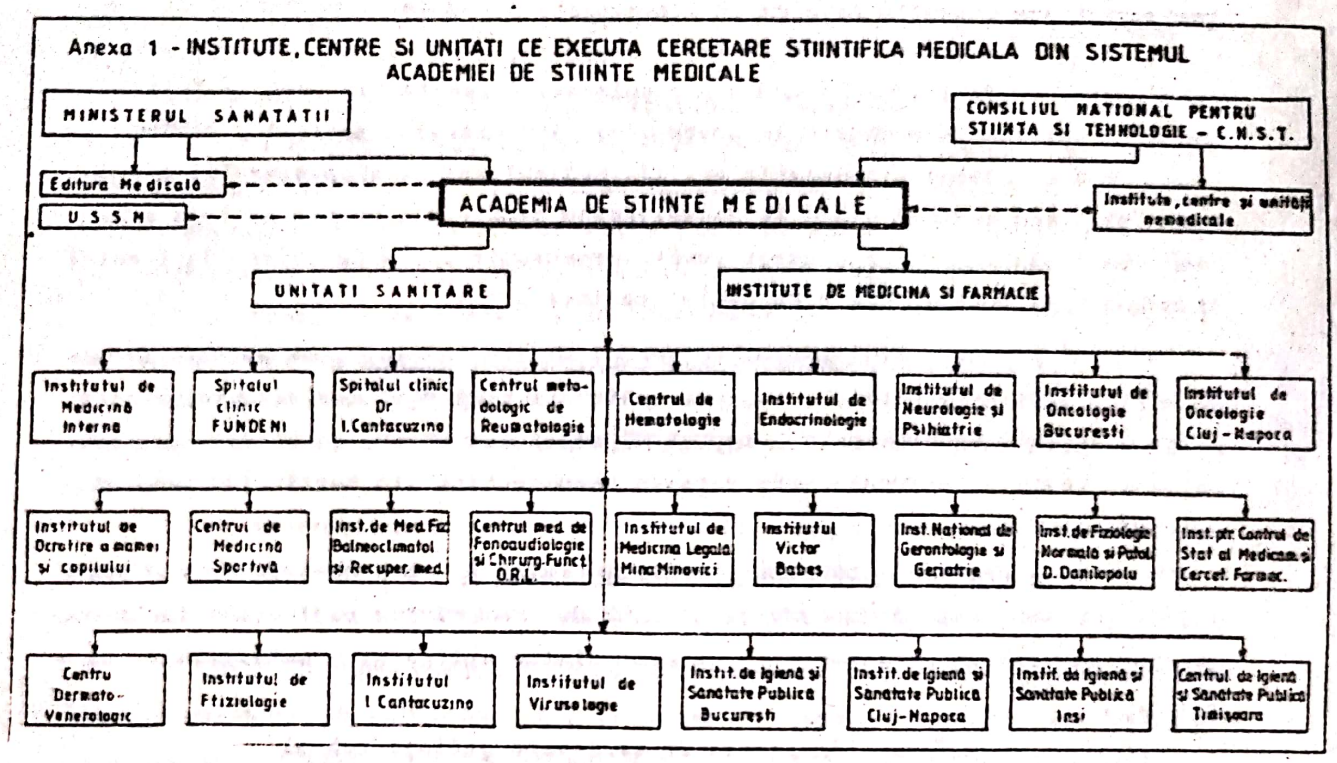
- 27 institute, centre şi unităţi sanitare din sistema Academiei de ştiinţe medicale , care realizează cercetarea ştiinţifică în mod integrat cu activitatea de învăţământ şi cu asistenţa de specialitate în domeniul lor de activitate .

- 4 institute Medico - farmaceutice şi 2 Institute de Medicină , care participă la cercetarea ştiinţifică în cadrul activităţii integrate ;

- unităţile sanitare cu paturi , ambulatorii , alte unităţi medicale şi nemedicale (anexa 1) .

Activitatea de cercetare este orientată pentru rezolvarea problemelor prioritare de sănătate înscrise în planul unic, elaborat şi coordonat

de Academia de Stiinţe Medicale .



Formarea şi perfecţionarea personalului medical superior şi mediu sanitar se realizează de Institutele de învăţământ superior medico - farmaceutic şi respectiv de liceele sanitare . Invăţământul medical superior, integrat cu cercetarea ştiinţifică şi cu asistenţa medicală, se desfăşoară în ţara noastră de peste 100 de ani în Institutele medico - farmaceutice din Bucureşti , Cluj - Napoca , Iaşi, Tg. Mureş şi în Institutele de medicină din Craiova şi Timişoara , ce sînt în subordinea Ministerului Educaţiei şi Invăţământului (MEI) şi a Ministerului Sănătăţii (MS) . Absolvenţii acestor institute sînt medici de medicină generală cu profil de adulţi şi pediatrie , dentişti şi farmacişti . După absolvire , medicii efectuează o perioadă de practică în spitale şi alte unităţi sanitare (Legea nr. 3/1978) . In majoritatea institutelor funcţionează secţii de învăţământ post - universitar prin care se asigură specializarea şi perfecţionarea medicilor .

Personalul sanitar mediu se pregăteşte în liceele sanitare , ce funcţionează în subordinea MS şi MEI . Absolvenţii acestor licee, după efectuarea stagiului de practicant de 9-12 luni în unităţi sanitare şi susţinerea examenului de calificare , exercită profesiunea de soră medicală, laborant sau tehnician .

5.0. METODE DE ACTIUNE IN ASIGURAREA SI REZOLVAREA SANATATII POPULATIEI

Principalul obiectiv al politicii partidului şi statului nostru - în procesul de ridicare a bunăstării materiale şi spirituale a populaţiei - îl re - prezintă asigurarea sănătăţii populaţiei. Intărirea şi apărarea sănătăţii colectivi tăţilor se realizează de către stat prin măsuri complexe - economice, sociale, culturale şi sanitare - integrate în planul unic de dezvoltare economico - socială. In acest cadru şi bază de resurse - pentru realizarea obiectivului - unităţilor sanitare le revine sarcina prioritară să asigure depistarea şi rezolvarea precoce a îmbolnăvirilor, agravărilor, complicaţiilor etc. a factorilor ce le condiţionează, reducerea implicaţiilor acestora şi ridicarea continuă a nivelului de educaţie sanitară pentru populaţie pentru a o face participantă la apărarea şi refacerea propriei sănătăţi .

In realizarea acestor priorităţi, serviciile medicale folosesc în principal două metode de acţiune :

- supravegherea medicală activă de masă , şi
- educaţia pentru sănătate .

5.1. Supravegherea medicală activă de masă

Ea este o metodă profilactică de acţiune prin care, din iniţiativa serviciilor medicale, se execută examinări (depistări) profilactice de masă a bolii, bolnavilor şi factorilor ce le condiţionează urmate de rezolvarea acestora şi - după caz - de instituirea unui ansamblu de măsuri medicale şi sociale în cadrul dispensarizării. Toate activităţile medicale (consultaţii, examene de laborator, spitalizări, medicamente şi materiale sanitare) executate în cadrul supravegherii medicale active de masă sînt suportate din bugetul statului (decret 246/1958) .

Aplicarea examinărilor medicale de masă s-a extins rapid, atît ca arie cît şi ca număr de activităţi, de la cele mai simple - descoperirea anomaliilor congenitale la născuţii vii, pînă la cele mai complexe - depistarea bolii în populaţie cu executarea automată a unei baterii de examene de laborator (biochimice, hematologice, serologice, radiologice, electrocardiografice, radioimunologice etc) .

Prin noţiunea de " depistare" se înţelege o acţiune de moment - realizată din iniţiativa serviciilor şi cadrelor medicale - prin care se face o identificare a persoanelor cu boală sau cu anomalie nesesizată folosind examene medicale clinice şi teste de laborator. In primă instanţă rezultă persoane sănătoase şi persoane suspecte de boală, care cu ajutorul examenelor specializate se infirmă sau se confirmă prezenţa bolii şi totodată stadiul ei şi se fac pre -

zumţii sau clarificări a factorilor ce o condiţionează. In final rezultă : persoane sănătoase neexpuse la risc, sănătoşi ce sînt expuşi la risc (practic sănătoşi care încă nu s-au îmbolnăvit) şi bolnavi în diferite stadii şi cu variabile asociaţii de boli (schema 2o) .

Termenul " de masă " se referă la examinarea unui mare număr de persoane, fie pentru depistarea tuturor bolilor existente şi cunoaşterea distribuţiei lor, fie pentru depistarea unei singure boli .

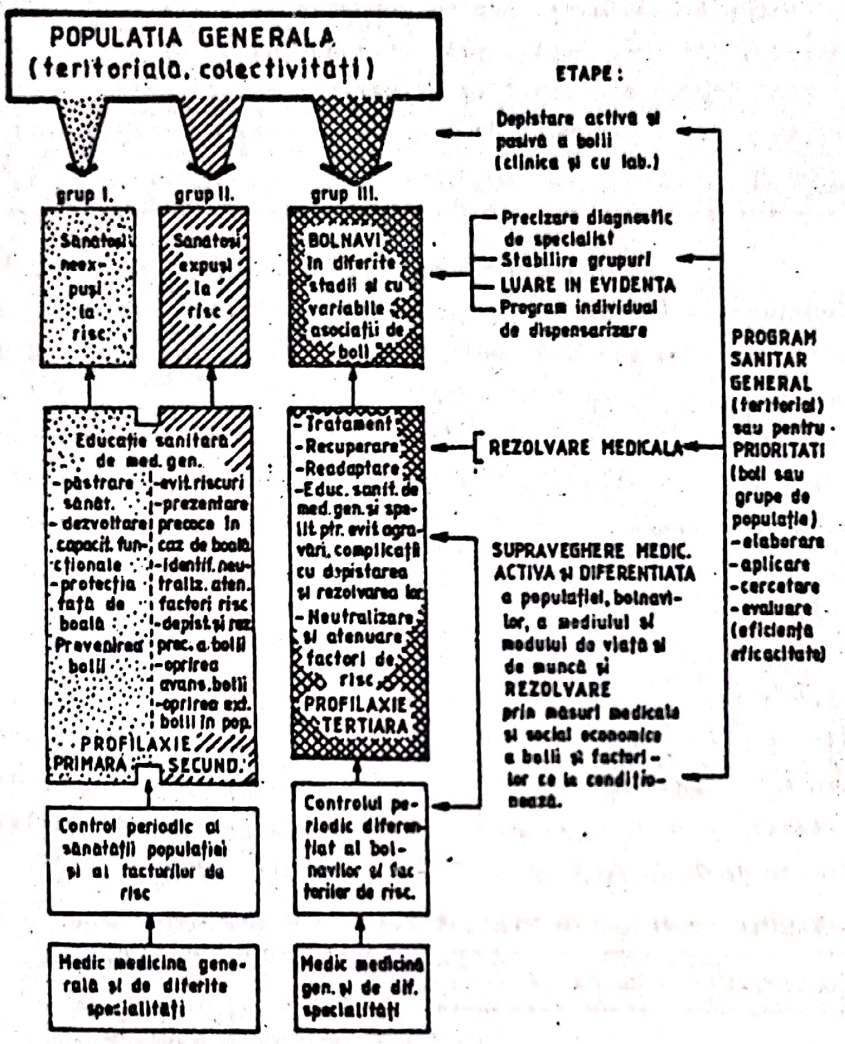
Scopul " depistării de masă " îl constituie descoperirea precoce a bolii la cei examinaţi cu instituirea tratamentului pentru vindecarea sau oprirea avansării bolii. Concomitent se reţin elementele necesare pentru acţiunea de identificare a factorilor cauzali ce trebuie să completeze acţiunea de depistare a bolii .

Prin " supraveghere " se înţelege observarea continuă şi " vigilentă" de lungă durată a unei persoane sau a unui grup de persoane prin care se urmăresc şi se înregistrează modificările ce apar în evoluţia sănătăţii sau bolii la persoane sau în populaţie. In acelaş mod se urmăresc şi se înregistrează modificările ce apar în evoluţia factorilor cauzali sau cu risc de îmbolnăvire ce condiţionează boala, ameliorarea sau agravarea ei. Supravegherea are caracter individualizat chiar cînd se aplică unui grup de persoane, este o observare prospectivă, de evaluare (bilanţ) dar şi de prescriere de noi indicaţii şi/sau de corectare a programului pentru persoană ori pentru grupul de persoane. In timp ce depistarea (examinarea sămătăţii) poate să fie o acţiune unică, supravegherea constă în examinări repetate în scopul de a descoperi orice schimbare produsă; ea oferă posibilităţi de a aprecia eficacitatea şi eficienţa măsurilor (prescrierilor) făcute anterior şi de adaptare a programului prin noi prescrieri adecvate şi stabilire de noi priorităţi .

Termenul de " profilactic " are conţinut variabil, în raport cu ceea ce se urmăreşte şi cu ceea ce se obţine. Identificarea urmată de neutralizarea factorilor cauzali sau de evitarea lor de către persoane ce duc la preîntimpinarea de noi îmbolnăviri, la protecţia individului sau colectivităţii faţă de boală reprezintă conţinutul <u>profilaxiei primare</u>. Depistarea şi rezolvarea (tratarea) precoce a persoanelor la care au început să apară modificări patologice (ce nu determină persoana să solicite asistenţă medicală) , cu oprirea avansării bolii la persoane şi a extinderii ei în populaţie, constituie o acţiune de <u>profilaxie</u> secundară. Evitarea agravării sau cronicizării, a recăderilor, complicaţiilor , a incapacităţii - infirmităţii - invalidităţii prin măsuri medicale şi sociale reprezintă conţinutul acţiunii de <u>profilaxie terţiară</u> (schema 2o) .

Dispensarizarea este metoda activă de acţiune iniţiată şi realizată de serviciile medicale ce cuprinde un complex de activităţi desfăşurate în mai multe faze. Incepînd de la depistarea bolii cu luarea în evidenţă şi în cadrul

Schema 20 - SISTEMUL SUPRAVEGHERII SANATATII, DEPISTARII BOLII SI FACTORILOR CE O CONDITIONEAZA CU REZOLVAREA DIFERENTIATA SI COMPLEXA A ACESTORA IN POPULATIE



controalelor medicale ulterioare se face bilanțul evoluției bolii în raport cu aplicarea indicațiilor și se stabilesc noi măsuri necesare obținerii prevenirii bolii sau agravării ei pentru fiecare persoană. Urmărirea continuă individualizată și eficacitatea profilactică reprezintă esența activităților acestei metode.

5.1.1. <u>Examinările profilactice de masă</u>.

Esența instituirii acestor depistări este de a surprinde cît mai precoce alterarea sănătății la grupuri de persoane în scopul opririi instalării, dezvoltării sau agravării bolii prin modificarea comportamentului individual față de factorii cauzali, prin mijloace terapeutice și sociale. Valoarea acțiunii este cu atît mai mare cu cît depistarea poate să surprindă modificări reversibile sau încă nesemnalate de către individ. Avantajele depistării precoce sînt atît pentru individ cît și pentru colectivitate, și anume :

- oprirea evoluției bolii cu reducerea implicațiilor personale - familiale - sociale și economice, proporțională cu precocitatea stadiului depistat ;

- evitarea extinderii bolii infecțioase în populație, cu toate consecințele favorabile ce decurg ;

- cunoașterea morbidității în populație, a bolilor mai frecvente cu particularitățile lor distributive și a implicațiilor lor ;

- cunoaşterea precoce a factorilor cauzali, necesară măsurilor de reducere sau neutralizare a acestora .

In ţara noastră, examinările profilactice de masă au fost instituite ca obligaţie pentru unităţile sanitare, pentru conducerile unităţilor socialiste şi cooperatiste, cît şi pentru populaţie, prin reglementările de stat şi sanitare : pentru noi stări fiziologice sau nevoi de adaptare a organismului, vîrste, ocupaţii etc. ce prezintă riscuri crescute de îmbolnăvire sau de transmitere a bolii .

a) Examinarea profilactică pentru cunoaşterea stării iniţiale de sănătate (tabel 73)

Ea serveşte atît pentru cunoaşterea persoanelor cu noi stări fiziologice, a stării lor de sănătate sau a gradului de alterare a sănătăţii şi instituirea măsurilor necesare, cît şi pentru cunoaşterea stării " iniţiale" (a stării de sănătate de la momentul " zero") necesară comparării în evoluţia ulterioară şi în evaluarea eficacităţii şi eficienţei măsurilor întreprinse. In acest grup se pot încadra : examinările medicale la depistarea gravidelor, la naşterea copiilor, la căsătorie (examen clinic, r.f.m., serologia pentru lues şi neuro-psihic, a căror rezultate sînt înscrise în " certificatul medical prenupţial ") . Ele sînt obligatorii prin reglementări sanitare (tabel 74) . In acest grup se mai pot înnadra : examinările medicale făcute loturilor de persoane la care se începe o anchetă epidemiologică prospectivă din bolile cronice sau la care se începe un experiment terapeutic, examinările medicale iniţiale la populaţia în care se va introduce o profilaxie de masă de suplinire (sarea iodată în teritoriile cu guşă endemică, fluorizarea apei în prevenirea cariei dentare etc).

b) Examinarea profilactică la intrarea persoanelor într-o colectivitate organizată (tabel 73)

Aceste examinări profilactice se execută curent şi se aplică copiilor, tinerilor şi altor vîrste în vederea admiterii lor într-o colectivitate organizată. Ele sînt obligatorii prin reglementări de stat şi sanitare (tabel 74). Acestea sînt următoarele :

- Examinarea medicală (clinică sau şi cu laboratorul) la primirea în colectivităţi a copiilor (în creşe, grădiniţe, leagăn, casă de copii,preventorii etc) . Componenţa examenului clinic şi de laborator variază cu caracteristica colectivităţii (închise, parţial închise) şi cu vîrsta copilului ;

- examinarea medicală a copilului în vederea admiterii în clasa I, a amînării începerii şcolii generale sau orientării lui spre învăţămîntul special ;

- examinarea medicală complexă (clinică şi cu laboratorul) de către dispensarele medicale teritoriale a tinerilor înainte şi la recrutare pentru cunoaşterea stărilor de sănătate necesare instituirii, după caz, a măsurilor de re-

Tabel 73 .- Examinările profilactice de masă

a) Pentru cunoaşterea stării "iniţiale" de sănătate :

- la depistarea gravidei ;
- la naşterea copilului ;
- la căsătorie ;
- la persoanele de la care se face prelevarea de ţesuturi şi organe;
- la începutul anchetelor epidemiologice prospective, a experimentelor terapeutice, la introducerea profilaxiei de suplinire în populaţie (sarea iodată, fluorizarea apei) .

b) La intrare într-o colectivitate organizată

- pentru primirea copiilor în creşă, grădiniţă, leagăn, casă de copii, preventorii, cămine şcoală etc.
- la admiterea în clasa I ;
- la recrutare şi incorporare în serviciul militar ;
- la admiterea în învăţământul superior ;
- la angajare, reangajare şi transfer în muncă ;
- pentru practicarea sportului de performanţă, pentru a deveni donator de sînge, pentru trimitere în staţiuni balneo-climatice.

c) Examinările profilactice periodice

- triajul epidemiologic în colectivităţile de copii ;
- examenele medicale anuale şi de etapă la elevi şi studenţi;
- controlul medical periodic al întregului personal muncitor (inclusiv ucenicii, practicanţii, elevii şi studenţii).:
  - din locuri fără factori de risc ;
  - din locuri cu factori nocivi profesionali;
  - din sectoare de muncă cu risc de transmitere a unor boli;
- controlul medical al purtătorilor de germeni ;
- controlul periodic al persoanelor dispensarizate (gravide, copii problemă, bolnavi, sănătoşi etc) .
- examenele medicale pentru aprecierea eficacităţii măsurilor profilactice sau terapeutice în populaţie .

d) Examinări profilactice speciale

- pentru cunoaşterea constantelor biologice, stare imunologică, grup sanghin etc.;
- pentru depistarea unei singure boli ;
- examinarea profilactică complexă .

dresare a sănătăţii sau de amînare a încorporării ori de excludere de la incorporare (pe baza unui barem de incompatibilităţi) ;

- examinarea medicală (clinică şi cu laboratorul) a candidaţilor pentru admiterea în învăţământul superior de către dispensarele medicale şcolare, teriteriale şi policlinici pentru cunoaşterea sănătăţii şi excluderea tinerilor

de contraindicaţii medicale pentru practicarea profesiunii datorită bolii sau infirmităţii (contraindicaţii stabilite prin ordinul M.S. 182/1975, bul.M.S.3/1975);

- examinarea medicală a persoanelor ce urmează a fi încadrate în muncă, a celor care participă la siguranţa circulaţiei din sectorul de transporturi feroviare - navale şi aeriene, a conducătorilor auto şi a candidaţilor pentru obţinerea permisului de conducere auto. Examinarea medicală are ca scop să stabilească starea de sănătate, orientarea pe locuri de muncă şi profesiuni în concordanţă cu sănătatea persoanelor şi luarea în evidenţă a celor ce necesită supraveghere medicală deosebită. Ea se face la solicitarea unităţilor socialiste, obligator [x] înainte de proba practică - examen - concurs sau termen de încercare; pentru toţi cei ce urmează a fi încadraţi precum şi pentru cei care reintră în activitate după o întrerupere mai mare de 6 - 12 luni (în raport de prezenţa factorilor nocivi la viitorul loc de muncă) . Începerea activităţii (încadrarea în muncă etc) fără avizul scris medical favorabil este interzisă [x]. Această examinare profilactică priveşte atît persoanele ce urmează a fi încadrate, ucenicii, practicanţii, elevii şi studenţii cît şi transferaţii sau detaşaţii. Pe lîngă un minim de examene clinice (aparate, sisteme) şi de laborator (r.f.m., serologie pentru lues, i.d.r. la tuberculină la tinerii pînă la 24 ani) ele se extind în raport cu sectorul de muncă (circuitul alimentar, zootehnic, instalaţii centrale de apă potabilă, pentru colectivităţi şi secţii de copii mici, şcoli de toate gradele, unităţi ale industriei farmaceutice, laboratoare de preparare seruri - vaccinuri şi derivate de sînge) şi cu riscul de îmbolnăvire a locului de muncă, cu incompatibilitatea locului de muncă pentru stări fiziologice a femeilor (graviditate,alăptare) şi cu riscul transmiterii unor boli de către viitorul angajat. Lista acestor examene clinice şi de laborator sînt stabilite prin reglementări sanitare [xx], iar pentru persoanele ce participă la siguranţa circulaţiei sînt precizate prin reglementări speciale .

- In acest grup de examinări profilactice se mai pot încadra : examinările clinice şi cu laboratorul a persoanelor în vederea practicării sportului de performanţă, pentru a deveni donatori de sînge, pentru trimiterea în staţiuni balneo - climatice (în scop profilactic, terapeutic sau de recuperare). Pentru fiecare din aceste grupuri de persoane, felul examinărilor, indicaţiile şi contraindicaţiile sînt stabilite prin norme interne şi îndreptare de către Ministerul Sănătăţii .

c) <u>Examinările profilactice periodice</u> (tabel 73 şi 74)

In activitatea curentă a serviciilor medicale sînt denumite " controale periodice" .- Se execută ca acţiuni de masă la intervale variabile de timp fie la

x) Conform Codului Muncii, legii 12/1971 şi legii 3/1978 .
xx) Norme tehnice privind examenul medical al persoanelor ce urmează a fi încadrate în muncă şi controlul medical periodic-aprobate prin ordin MS-15/982 (BMS-3/982)

Tabel 74.- **Reglementări de stat şi sanitare privind examinările profilactice**

- Legea 12/1971 privind încadrarea şi promovarea în muncă a personalului din unităţile socialiste de stat .
- Codul Muncii (legea 1o/1972)
- Legea 3/1978 privind asigurarea sănătăţiipopulaţiei .
- Ordin MS-56/1974-Normele generale de organiz.şi funcţ.a unităţilor sanit. şi normele tehnice în unele domenii ale asist.med.-Broşură MS-1974.
- Instrucţ.MS-IX/C2-13o5/19o7 privind metodologia examenelor med.ale copilului o-3 ani în scopul urmăririi nivelului stării de sănătate şi instituirea precoce a măsurilor recuperatorii (BMS - 4/1977).
- Indrumări MEI-78o7 şi MS-IX/C_2-3915/1976 privind examinarea med.şi psiho - pedagogică a copiilor de 6 ani în vederea şcolarizării (BMS - 4/977).
- Ordin MS-182/1975-examenele med. de bilanţ a copiilor şi elevilor (BMS-3/975)
- Ordin MS-427/1979-examinările med.profilactice la copii şi tineri, orientarea şcolară şi profesională (BMS-6/1979).
- Indrumări MEI-7164, MS-C_1/2o14/1979 şi Min.Muncii - 12.292/1979 privind reexaminarea psiho-med.a unor copii din unităţile de învăţămînt special şi de ocrotire în vederea reorientării şcolare (BMS - 6/1979) .
- Indicaţii MS-C_1/14.511/978 şi MEI-8278/1978 privind gimnastica med.recuperatorie la elevii cu vicii de postură şi deficienţe morfo-funcţ.(BMS-6/979).
- Ordin MS-476/1976- asistenţa de med.gen.şi de specialitate a preşcolarilor, şcolarilor şi tinerilor cu diverse deficienţe (BMS-1o/1976).
- Instrucţ.OG-27/1973 şi Instrucţ.MAN şi MS-25/1976 privind examinarea med. a tinerilor, recruţilor şi rezerviştilor (BMS - 1/1974) .
- Ordin MS-389/1973 - examenul med. al şoferilor şi pentru obţinerea permisului de conducere auto (BMS - 7/1973) .
- Ordin MS - 15/1982 - examenul med. al persoanelor ce urmează a fi încadrate în muncă şi controlul med. periodic (BMS - 3/1982) .
- Ordin MS - 31/1977 - prevenirea şi combaterea tuberculozei (BMS-2/1977).
- Ordin MS - 9o/1978 - prevenirea şi combaterea hepatitei virale(BMS-1/1978).
- Ordin MS - 181/1978- prev.şi combaterea infecţiilor streptococice(BMS-4/978).
- Ordin MS-132/1979-prev.şi combaterea bolilor venerice(BMS-4/1979).
- Ordin MS-49o/1981- obligativitatea examinării med.oncologice sistematice a tuturor bolnavilor prezentaţi la consultaţie med.
- Ordin MS-86/1974 - programul de apărare şi promovare a săn.mintale(BMS-5/974).
- Ordin MS-28/1972-recrutarea,triajul,indicaţiile şi contraindicaţiile de trimitere şi internare a copiilor în staţ.balneo-clim.(BMS-2/1972)
- Instrucţ.MS - 13/1976-selecţionarea med.a bolnavilor pentru trimitere la tratament în staţ.balneo-clim.(BMS-1/1976).

BMS = Buletinul Min.Sănătăţii

locul de muncă, respectiv la instituţia şcolară, fie la unităţile medicale teritoriale (dispensare medicale, policlinici). Scopul lor este de a surprinde precoce modificări în alterarea sănătăţii sau riscul transmiterii în colectivitate a unei boli, în vederea instituirii măsurilor medico-sociale necesare .

Controlul medical periodic constă din examene clinice, de laborator şi specializate în raport cu riscul de îmbolnăvire a locului de muncă, cu riscul transmiterii unei boli şi, cu starea organismului persoanei .

- Triajul epidemiologic în colectivităţi de copii constă în examinarea tegumentelor, faringelui şi a sacului conjunctival, însoţită la nevoie de o termometrizare şi examen clinic pentru suspecţi.

Triajul se execută diferenţiat în funcţie de tipul colectivităţii :

- triaj la deschiderea şi redeschiderea colectivităţii (după vacanţe, în şcoli şi grădiniţe cu orar redus) ;
- triaj la reîntoarecerea în colectivitate (lunea- la creşe şi grădiniţe săptămînale) ;
- triajul zilnic ;
- triaj la plecarea în tabere şi colonii .

In situaţii epidemiologice speciale triajul epidemiologic se execută zilnic pînă la revenirea la normal a situaţiei epidemiologice .

- Examenele medicale anuale şi de etapă la elevi şi studenţi făcute cu scopul urmăririi evoluţiei sănătăţii elevilor, depistarea unor stări morbide urmată de tratarea şi corectarea lor, precum şi pentru orientarea profesională corectă a elevilor în raport cu caracteristicile morfofuncţionale, cu aptitudinile şi preferinţele lor .

Examenele de etapă se efectuează diferenţiat în funcţie de tipul colectivităţii, vîrstă şi etapa de dezvoltare :

- examenul medical complex, bianual, în creşe ;
- examenul medical complex anul , în grădiniţe;
- examenul somatometric (la 3 luni) în creşe şi (la 6 luni) în grădiniţe ;
- examenul medico-psihologic al copilului de 5 ani în grădiniţe ;
- examenul medical de adaptare (precoce) al copilului din cl.I. ;
- examenul medical complex la elevii din clasa a IV-a ;
- examenul medical de adaptare (tardivă) la elevii din clasa a VII-a;
- examen medical complex la cl. a VIII-a şi a XII-a (cu completarea fişei de absolvent) ;
- control medical antivenerian al elevilor din cl.VII-a şi a XII-a ;
- examenul somatometric anual al tuturor elevilor ;
- examen medical complex la elevii din anul I şi II al şcolilor profesionale şi din anul IV al liceelor de specialitate ;

Scanned with OKEN Scanner

- examenele anuale ale studenţilor ;
- controlul anual antivenerian pentru elevii şcolilor profesionale şi liceelor tehnice .

- Controlul general al sănătăţii la populaţia teritorială (la toată populaţia sau la unele grupe sau loturi) se efectuiază la intervale mai mari de timp (3 - 5 ani), de medicul dispensarului medical, realizează cunoaşterea morbidităţii şi apoi aprecierea evoluţiei ei, sănătăţii şi a eficacităţii indicaţiilor anterioare, cît şi asupra factorilor ce condiţionează morbiditatea .

- Controlul medical periodic al întregului personal muncitor din unităţile socialiste, inclusiv a ucenicilor - practicanţilor - elevilor şi studenţilor este obligator (ordin MS-15/1982) şi are ca scop să depisteze contraindicaţiile de desfăşurare a activităţii în locuri de muncă cu noxe, depistarea îmbolnăvirilor profesionale şi a altor afecţiuni neprofesionale - preexistente învadrării, apărute sau agravate după încadrare - pentru a fi tratate şi dispensarizate , schimbare loc de muncă etc. Examenele medicale clinice, de laborator şi specializate şi periodicitatea acestora sînt în raport cu riscul de îmbolnăvire de la locul de muncă, cu riscul de a îmbolnăvi pe alţii şi cu starea de sănătate personală (Ordin MS - 15/1982) , astfel :

• personalul din locuri de muncă fără factori de risc este controlat periodic prin examene medicale diferenţiate (în raport de vîrstă, sex, starea de sănătate personală) odată la 3 ani ;

• personalul ce lucrează în condiţii de expunere la factori nocivi profesionali are periodicitatea controlului prin unele examene specializate între 6 luni şi 3 ani ;

• personalul din sectoare de muncă ce ar putea constitui sursă de contaminare pentru alţii (alimentar, zootehnic, industria farmaceutică, instalaţii centrale de aprovizionare cu apă potabilă, unităţi de găzduire publică, de la băi şi spălătorii publice, frizerie şi coafură, din colectivităţi - secţii spitaliceşti de copii mici, din şcoli de toate gradele) are periodicitatea controlului (clinic, coprobacteriologic, coproparazitologic, radiologic pulmonar şi serologic pentru lues) între trimestrial şi anual şi ori de cîte ori este necesar . In plus, în sectorul alimentar şi alte sectoare (staţii de aprovizionare cu apă potabilă, ferme şi unităţi producătoare de lapte, industria farmaceutică, laboratoare de preparare seruri, vaccinuri şi derivate de sînge), şeful de unitate (de tură) are obligaţia de a efectua zilnic triajul epidemiologic al personalului şi de a trimite dispensarului medical cazurile cu stări de boală (febră, diaree,amigdalită, infecţii ale pielii etc) ; reprimirea lor la locul de muncă se face cu avizul medicului dispensarului ;

- controlul periodic al purtătorilor de germeni (shigella, salmonella, vibrion holeric) pentru tratarea lor în spital şi schimbarea, la nevoie în locuri

de muncă fără risc epidemic ;

- controlul periodic al persoanelor dispensarizate se referă la : gravide (al cărer periodicitate e mai frecventă cu cît luna sarcinii e mai mare şi starea sănătăţii o necesită) , copii sănătoşi în primul an de viaţă (periodicitatea este mai frecventă cu cît luna de viaţă este mai mică), copii cu probleme medico - sociale, bolnávi cu boli cronici, persoane încadrate în grade de invaliditate etc. La aceasta se adaugă persoane practic sănătoase cu ocupaţii sau obligaţii ce pot altera sănătatea lor sau a altora (sportivi de performanţă, donatori de sînge, donatoare de lapte de mamă, conducători auto, personal ce participă la siguranţa circulaţiei etc) . Periodicitatea şi examinările pentru o parte din acestea sînt stabilite prin reglementări speciale (conducători auto, siguranţa circulaţiei), iar pentru celelalte prin reglementări sanitare ;

- examenele medicale, la intervale mai mari de timp, pentru aprecierea eficacităţii măsurilor profilactice sau terapeutice introduse în populaţia teritorială sau a unei colectivităţi (după introducerea unei vaccinări, a sării iodate pentru profilaxia DET, după introducerea profilaxiei cu HIN la contacţii de tuberculoză, după introducerea tratamentului ambulator strict supravegheat a bolnavilor).

Examinările profilactice de masă (pct. a,b,c,) se organizează de către spitalul teritorial pentru toate unităţile socialiste ce-i sînt arondate. Dispensarele medicale teritoriale şi din colectivităţi, cu sprijinul policlinicii - secţiilor cu paturi şi a altor unităţi sanitare, întreprind acţiuni de rezolvare a bolnavilor sau a situaţiilor ce au rezultat din aceste examinări de masă .

d) Examinările profilactice speciale (tabel 73)

Ele sînt organizate prin reglementări de stat sau sanitare, prin programele sanitare de lung sau scurt termen ori la iniţiativa serviciilor medicale teritoriale în scop diagnostic, terapeutic, de stabilirea cauzelor, de rezolvare complexă ori vizînd mai multe din aceste obiective ;

- examinările de masă - clinice şi/sau de laborator - pot fi făcute pentru : stabilirea constantelor biologice normale (glicemie, colesterol etc) în populaţia unui teritoriu, pentru cunoaşterea stării imunologice sau a distribuţiei grupelor sanghine în populaţie (şi înscrierea grupei sanghine în actele personale [x] - buletinul de identitate şi livretul militar) ;

- examinarea profilactivă pentru depistarea unei boli din priorităţile programului sanitar teritorial: hipertensiunea arterială, la populaţia peste 2o ani, caria dentară la elevii înscrişi în fiecare an în clasa I (cu rezolvare şi dispensarizare ulterioară), cancerul de col uterin la femeile între 3o-5o ani, tuberculoza, sifilisul, guşa endemică, diabetul etc. Asemenea depistări sînt eficiente cînd se execută în populaţie practic sănătoasă şi la vîrstele sau grupele supuse riscului a se îmbolnăvi, folosind tehnici de mare randament, sensibile, acceptate de populaţie şi cu un cost financiar accesibil.

x) Legea 3/1978,art.13 şi ordin MS-856/1971,obligaţie de la vîrsta de 14 ani.

- examinarea profilactică complexă a unei populaţii teriteriale sau dintr-o colectivitate (întreprindere, şcoală) cu examene medicale specializate-clinice şi de laborator - oferă rezultate ce servesc pentru cunoaşterea tabloului complet al morbidităţii şi a prevalenţei bolilor în populaţie, a factorilor ce o condiţionează necesare programului sanitar de reducere a acestora, de asigurare a teritoriului (colectivităţii) cu servicii şi cadre medicale, cu medicamente şi materiale sanitare etc. Această examinare profilactică complexă, repetată la intervale mai mari de timp, asigură elementele necesare adaptării programului sanitar, pe lîngă realizarea depistării precoce a îmbolnăvirilor. Faţă de examinarea profilactică anterioară, ea necesită prezentarea o singură dată a persoanei şi realizează depistarea tuturor bolilor la fiecare persoană, a cauzelor şi a rezolvării acestora .

5.1.2. - Principalele probleme din acţiunile de depistare a bolii în populaţie şi rezolvarea lor

Oricare din examinările profilactice de masă urmăresc ca prin precocitatea depistării bolii şi intervenţiei directe, în cooperare cu bolnavul, să se asigure oprirea evoluţiei ei şi,plecînd de la boală,să se cunoască factorii ce au condiţionat-o pentru neutralizarea acestora şi evitarea de noi îmbolnăviri în populaţie .

Extinderea acţiunilor de depistare a bolilor în colectivităţi au fost determinate nu numai de implicaţiile lor personale ci şi de marile lor consumuri medicale şi financiare, proporţionale cu tardiditatea bolii. Pentru aceste argumente , depistarea bolii interesează din ce în ce mai mult nu numai populaţia ci şi conducerile colectivităţilor .

In realizarea depistărilor bolii, serviciile medicale sînt confruntate cu numeroase şi dificile probleme, atît în organizarea sau desfăşurarea lor cît şi după terminarea acţiunii . Planificarea, organizarea şi conducerea lor operaţională cer tehnicitate şi experienţă din partea medicului, mai ales pentru asigurarea calităţii şi randamentului acţiunii .

Principalele grupe de probleme ce se pun într-o acţiune de depistare a bolii în populaţie se referă la : organizarea acţiunii, stabilirea metodelor şi tehnicilor pentru depistarea şi diagnostic, asigurarea cadrelor, materialelor şi resurselor financiare, cooperarea populaţiei şi a conducerii colectivităţii, rezolvarea bolnavilor şi a bolii în populaţie .

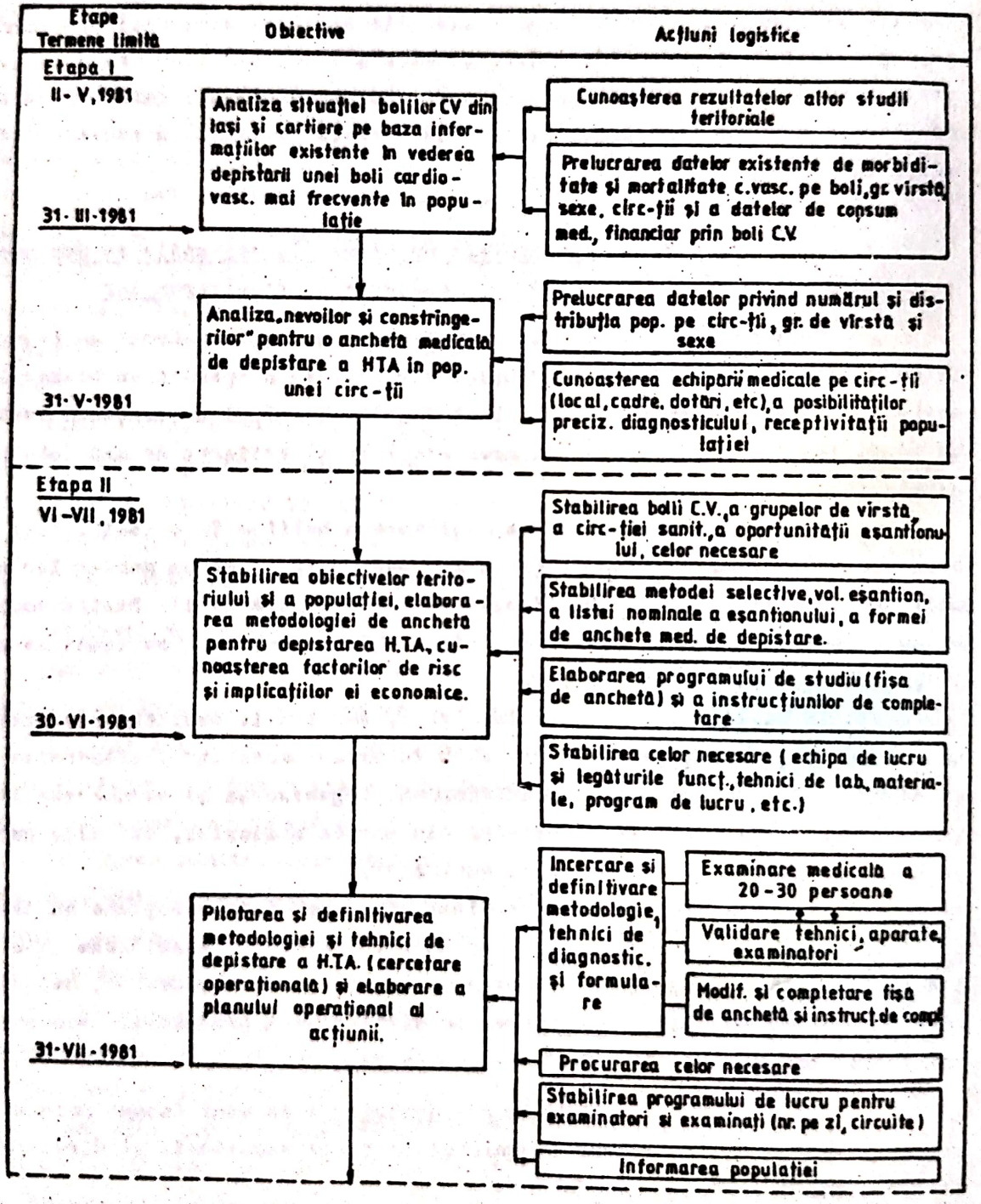
5.1.2.1.- Organizarea depistării în masă începe prin stabilirea scopului depistării ce determină volumul şi forma depistării şi direcţionează întreaga acţiune .

Depistarea bolii se poate realiza în scop :

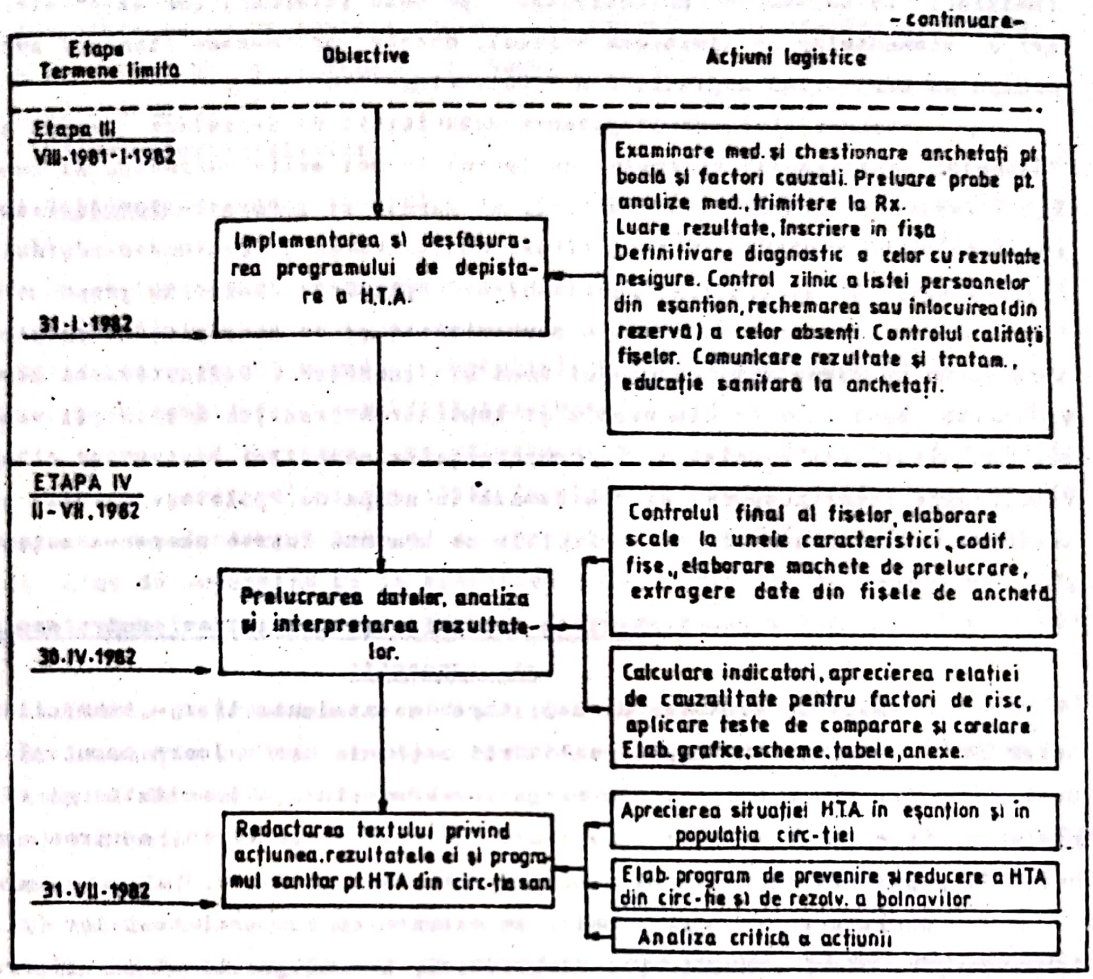
a) preventiv sau curativ ; pentru prevenirea de noi îmbolnăviri (în fa-

Schema 21 - PLAN OPERATIONAL pentru depistarea HTA, a factorilor ce o condiționează și a implicațiilor ce le generează în populația unui cartier din municipiul IAȘI, 1981-1982

VARIANTA A
- durata 1 1/2 ani
- populație rezidentă
- vîrste 20-79 ani
- esantion = 5%
- studiu transversal și anchetă epidemiol. retrospectivă



-continuare-



milie, în colectivitate - școală, întreprindere - centru populat), pentru tratarea cazurilor de boală ori în ambele scopuri . In zoonoze depistările preventive la om necesită desfășurarea concomitentă a depistărilor și la animale (bruceloza la bovine - leptospiroza la bovine - porcine - rozătoare, rabia la cîini - pisici - animale sălbatice ș.a.) ;

b) de cunoaștere a tabloului morbidității în populația dintr-un teritoriu sau dintr-o colectivitate necesar planificării de servicii și cadre medicale, de medicamente și resurse financiare. In asemenea situații depistarea precoce a bolii nu reprezintă elementul esențial, iar acțiunea de depistare se poate realiza pe un eșantion din populație ;

c) științific : studiu patogenic și clinic, studiu de eficacitate a unui program terapeutic, studiu epidemiologic descriptiv și analitic a bolii în populație etc ;

d) de rezolvare a sănătății la unele grupe din populație cu risc crescut de îmbolnăvire (gravide, sugari, locuri de muncă cu noxe, imigranți bolnavi sau traumatizați de la cutremure, inundații, incendii, bombardamente etc) .

In alegerea formei de depistare sînt necesare : analiza situaţiei bolii (bolilor) din teritoriu (colectivitate) pe baza informaţiilor existente, a nevoi - lor şi elementelor ce limitează volumul, durata, profunzime (tehnici specializate) echipa şi teritoriul acţiunii (a " constrîngerilor ") .

Această etapă premergătoare activităţii de depistare conţine elaborarea "planului operaţional" (planului de lucru) în mai multe variante. El cuprinde o suită logică şi completă de operaţii, cu durata şi termenele lor calendaristice şi serveşte ca un " ghid " în pregătirea, desfăşurarea şi evaluarea acţiunii (schema 21). El ajută în stabilirea priorităţilor depistării (boli sau grupe de populaţie) în raport de frecvenţa estimată a morbidităţii şi de consecinţele acesteia şi la aprecierea randamentului efortului uman şi financiar . Definitivarea metodologiei, validarea tehnicilor de diagnostic şi instruirea practică a întregii echipe de lucru (cu stabilirea sarcinilor şi competenţelor membrilor echipei şi a legăturilor funcţionale între aceştia) se realizează în etapa de "pilotare", utilă şi obligatorie să preceadă etapele şi operaţiile ce urmează într-o asemenea acţiune (schema 21) .

5.1.2.2.- <u>Stabilirea metodelor şi tehnicilor pentru depistare şi diagnostic</u>

Stabilirea testelor de depistare, a examinatorilor - tehniciler şi aparatelor de diagnostic, în scopul realizării acţiunii are valoare esenţială pentru depistarea precoce a bolii . Ele asigură randamentul, eficacitatea şi eficienţa depistării cît şi a acţiunilor ulterioare (limitarea agravării, oprirea extinderii bolii în populaţie şi evitarea consecinţelor sale multiple) .

Depistarea în masă a bolii se execută cu ajutorul testelor (clinice, de laborator) ce oferă semnificaţie diagnostică, iar diagnosticul se asigură, cu ajutorul examenelor specializate. Cunoaşterea încrederii ce li se poate acorda necesită a fi realizată din faza de pilotare, întrucît de calitatea rezultatelor ce le furnizează şi de raţionamentul făcut depinde stabilirea diagnosticului şi decizia asupra examinatului (bolnav sau nebolnav) .

Pentru aceasta, mijloacele de depistare necesită să întrunească următoarele condiţii (calităţi), să fie :

- sensibile : să identifice o proporţie ridicată din persoanele bolnave existente la examinaţi ;
- specifice : să asigure delimitarea în proporţii ridicate a persoanelor nebolnave din populaţia examinată ;
- fidele : (reproductibile) : să ofere acelaş rezultat cînd sînt repetate independent pe aceiaşi probă (produs,persoană) ;
- uşor aplicabile (de lucrat) în acţiunile de masă ;
- puţin costisitoare (ca timp, bani, materiale,personal) în aplicarea la grupuri mari de persoane ;
- acceptabile de examinaţi (nejenante şi nepericuloase) ;
- accesibile pentru persoanele ce au nevoie .

Cunoaşterea calităţilor de a sesiza exact starea normală sau alterarea funcţiei unui organ de către testele, tehnicile, aparatele şi examinatorii ce se folosesc în depistare se realizează cu ajutorul :

a) Validării şi

b) Reproductibilităţii

a) Validarea cuprinde tehnici prin care se apreciază gradul de valabilitate a rezultatelor, măsura cu care informaţiile furnizate sînt demne a fi luate în considerare şi încrederea ce se poate acorda mijloacelor şi metodelor de depistare şi de diagnostic .

Validarea ne arată măsura (proporţia) cu care testul depistează pozitivii din adevăraţii pozitivi (sensibilitatea testului) şi proporţia negativilor depistaţi din adevăraţii negativi (specificitatea testului). Ea ne arată greşelile în plus (falşii pozitivi) şi greşelile în minus (falşii negativi) pe care le face un test, un examinator, o tehnică sau un aparat ce se folosesc în depistare, ne spune cît sînt de sensibile şi de specifice ; ne apreciază corectitudinea clasării (bolnavi, nebolnavi), a corespondenţei între situaţia depistată şi situaţia reală .

Validarea de practică cu condiţia să existe alterarea sănătăţii (boala) cercetată în populaţie şi indiferent de nivelul ei de prevalenţă. Rezultatele ei depind de stadiul de boală (incipientă ori avansată), de puterea de detectare (profunzime) a tehnicii (testului) folosite, dar şi de fidelitatea tehnicii , testului, examinatorului .

In aplicarea validării se cer două condiţii :

- să existe un diagnostic de referinţă, considerat cel mai bun diagnostic (de preferat un examen direct) cu care să comparăm exactitatea rezultatelor testului de depistare (a testului, a diagnosticului pe care îl validăm) ;

- diagnosticele (de validat şi de referinţă) să se execute pe aceiaşi populaţie (pe acelaş lot de persoane sau probe).

Dintre metodele de validare, cea care foloseşte tabelul cu dublă intrare este mai preferată datorită simplităţii ei. Inscriind, în acest tabel, rezultatele de la cele două diagnostice (diagnosticul de validat şi de referinţă obţinute pe aceleaşi probe) sub forma lor alternativă (bolnav şi nebolnav) se obţin următoarele (schema 22) :

Datele pentru tabelul cu dublă intrare se obţin dintr-un tabel de lucru ce conţine rezultatele celor două diagnostice ale aceleaişi probe (persoane) , de forma următoare (tabel 75) :

Schema 22 - Semnificația rezultatelor la examenul inițial și la a II-a examinare (diagnostic de referință) înscrise în tabelul cu dublă intrare

Diagnostic de refer. / Prima examinare		Rezultatul la a II-a examinare (diagnostic de referită)		
		boala prezentă +	boala absentă -	TOTAL
Rezultat examen inițial (de validat)	anormal (bolnav) +	a	b	a + b
	normal (nebolnav) -	c	d	c + d
Total		a + c	b + d	N sau a+b+c+d

a + c = pozitivii adevărați (prin examenul de referință)
b + d = negativii adevărați (prin examenul de referință)
a + b = pozitivii la examenul inițial
c + d = negativii la examenul inițial
N = efectivul total al probelor (persoanelor)

a = pozitivii adevărați la examenul inițial
b = falșii pozitivi ai examenului inițial
c = falșii negativi ai examenului inițial
d = negativii adevărați la examenul inițial

Tabel 75 - Prezentarea rezultatelor diagnosticelor (probelor) la examenul inițial (de validat) față de examenul de referință -

Numele persoanelor sau nr. probei supuse validării	Rezultatul diagnosticului (probei) (+ boală prezentă, - boală absentă)		Caseta din tabelul cu dublă intrare
	la I examinare (diagn. de validat)	la a II-a examinarii (diagn. de referință)	
1. A. T.	+	+	a
2. F. M.	+	-	b
3. L. E.	-	+	c
4. N. B.	-	-	d
120. I. D.	+	-	b
121. P. E.	-	+	c
Totalul pentru fiecare casetă: a = ; b = ; c = ; d = ; Totalul probelor (persoanelor) : a + b + c + d sau N = 121			

Dispunînd de datele înscrise în tabelul cu dublă intrare (schema 22) se pot obține următorii indicatori principali :

a) sensibilitatea testului = $\frac{a}{a+c} \times 100$

b) specificitatea testului = $\frac{d}{b+d} \times 100$

c) proportia falșilor negativi = $\frac{c}{a+c} \times 100$

d) proportia falșilor pozitivi = $\frac{b}{b+d} \times 100$

Scanned with OKEN Scanner

Sensibilitatea este capacitatea unui test (tehnici, aparat, examinator) de a depista o proporţie cît mai mare de pozitivi (cu alterarea ce se cercetează în populaţie) din adevăraţii pozitivi . In general, nivelul sensibilităţii testelor de depistare în masă nu depăşeşte 75 % .

Diferenţa pînă la proporţia de pozitivi adevăraţi din populaţie o constituie proporţia falşilor negativi ai testului de depistare (de 25 %), care este incapacitatea testului de a-i depista (proporţia greşelilor în minus, proporţia bolnavilor nedepistaţi) .

Specificitatea este capacitatea unui test (tehnici, aparat, examinator) de a depista (diagnostica) o proporţie cît mai mare de negativi (de nebolnavi) din adevăraţii negativi. Nivelul general a acestui indicator nu depăşeşte 85 % . Diferenţa pînă la proporţia de negativi adevăraţi (de 15 %) o reprezintă proporţia falşilor pozitivi (proporţia greşelilor în plus, a persoanelor ce au fost etichetate pe nedrept ca bolnave) .

Un bun test de depistare redă o proporţie ridicată din adevăraţii pozitivi şi din adevăraţii negativi, are deci o sensibilitate şi o specificitate ridicată pentru boala cercetată în populaţie. Inceperea tratamentului pentru o persoană ce nu este bolnavă (fals pozitivă) - ce se poate opri ulterior - este mai puţin gravă şi cu implicaţii economice mai reduse . In schimb, proporţia ridicată de falşi negativi (slaba sensibilitate) a testului are o gravitate mult mai mare datorită consecinţelor nediagnosticării precoce, de ordin personal, familial, economic şi social .

Unui test de depistare i se cere, deci, să fie - în acelaşi timp - sensibil şi specific, să aibă un grad ridicat de validitate. Depinzînd de aceste două componente - fiecare cu o valoare maximă pînă la 1oo - valoarea validităţii unui test (exprimată cantitativ) variază între zero şi mx. 2oo, ea fiind suma valorilor sensibilităţii şi specificităţii testului .

In practica medicală curentă validarea diagnosticelor se poate folosi pentru compararea diagnosticului clinic, elaborat de dispensarul medical cu cel al policlinicii, pentru cel al policlinicii faţă de diagnosticul spitalului din primele trei zile, pentru diagnosticul clinic la externare faţă de diagnosticul anatomo - patologic, pentru rezultatele laboratorului de la spitalul orăşenesc faţă de cele ale spitalului judeţean etc., ultimile menţionate fiind diagnosticele de referinţă. Ele redau retrospectiv tehnicitatea diagnosticării şi permit ameliorarea în viitor a acesteia. Validarea tehnicilor, aparatelor, examinatorilor se folosesc nu numai în scopul reducerii greşelilor în plus şi în minus în activitatea diagnostică, ci şi pentru ameliorarea unei terapeutici ce se caută a fi eficace .

Anual, în ţara noastră se realizează (în valori rotunjite) :

- 12o milioane consultaţii de către unităţile medicale ambulatorii;
- 46 milioane bolnavi spitalizaţi

- 5,2 milioane de radiografii ;
- 5,7 milioane de radioscopii ;
- 98 milioane analize de laborator ;
- 1,7 milioane testări tuberculinice ş.a.

Dacă la scara unei persoane, greşelile de diagnostic (în plus şi mai ales în minus) au proporţii şi consecinţe reduse - ce ar putea fi minimalizate, dar fără a fi acceptabile - , la volumul activităţilor medicale ale unui judeţ sau a unei ţări aceste greşeli pot avea mari proporţii şi consecinţe pentru bolnav, familie şi colectivitate. De aceea, în precocitatea depistării (şi rezolvării) bolii cu tehnici eficace şi eficiente sînt din ce în ce mai interesate nu numai populaţia ci şi conducerile colectivităţilor, ele reducînd consecinţele tardivităţii depistării asupra bugetului sanitar şi familial, asupra producţiei şi productivităţii .

Pe lîngă aceste consecinţe, nediagnosticarea bolii cînd persoana e bolnavă duce la neîncrederea populaţiei în examinator, aparat sau tehnică; un rezultat fals pozitiv poate fi cauza unei temeri inutile iar un rezultat corect negativ înlătură frica persoanei .

Pe plan general, depistările de masă trebuiesc să aibă examinatori, aparate, tehnici şi teste cu validitate cunoscută din etapa de pilotare pentru a alege pe acelea ce greşesc cel mai puţin. Validarea lor prealabilă asigură nu numai acceptabilitatea lor ci şi a rezultatelor depistării .

Dintre principalii factori care pot compromite validitatea unei acţiuni de depistare în masă sînt următorii :

- absenţa tehnicilor unitare de lucru pe toată durata acţiunii sau a unei tehnici universal acceptate ;
- greşeli umane în executarea tehnicii ;
- greşeli în interpretarea rezultatelor ;
- ambiguitatea rezultatului ;
- erori de ordin mecanic, chimic sau biologic ;
- costul ridicat pentru mijloace finale de diagnostic ;
- erori de eşantionaj în prelevarea de probe ;
- încrederea prea mare acordată unor examene biologice fără să se fi determinat prealabil valoarea lor indicativă .

In folosirea diverşilor parametri biochimici, evaluarea precoce a unei alterări iminente sau recent instalate, actualele tehnici de laborator - făcute şi interpretate izolat - pot oferi un nivel acceptabil de sensibilitate dar specificitatea lor este f. redusă, aceasta crescînd cînd depistarea se face pe loturi mari şi cînd valorile de referinţă (înainte de expunere la risc)sînt cunoscute.

Testele sau examenele de laborator ce dau rezultate cu mari zone marginale de incertitudine cer - în rezolvarea bolnavului - competenţă clinică deosebită şi mare responsabilitate medicală. La acestea se adaugă rezolvarea dilemei

rezultatelor fals pozitive şi a siguranţei înşelătoare a rezultatelor fals negative. In situaţia explorării unor organe cu funcţii multiple (cum este ficatul), cunoaşterea stării globale de alterare a acestuia necesită o baterie de teste în a căror alegere validarea din faza de pilotare trebuie să caute pe acelea ce întrunesc ambele calităţi (sensibile şi specifice) . Optimizarea depistărilor implică să se procedeze aşa cum a procedat industria cu aparatele foto : a păstrat camera dar a perfecţionat obiectivele, obţinînd - astfel - o mai mare clarificare a detaliilor .

b) <u>Reproductibilitatea tehnicii sau testului</u>

Pentru a accepta tehnica sau testul în acţiunea de depistare în masă este necesar să fie cunoscută reproductibilitatea lor. In timp ce prin validare obţinem în ce măsură ele ne oferă rezultate conform realităţii (bolnavi şi nebolnavi), prin <u>reproductibilitate</u> (fidelitate) cunoaştem în ce măsură un test dă rezultate asemănătoare cu observatori diferiţi sau cu acelaş observator la intervale diferite. In aprecierea rezultatelor depistării această metodă completează validarea, ambele necesitînd a fi aplicate testelor din etapa de pilotare .

O apreciere a reproductibilităţii (fidelităţii, preciziei, încrederii) testului se obţine prin aplicarea independentă a aceleiaşi observaţii ,(aceleiaşi examinări clinice sau de laborator) de două ori consecutiv la aceeaşi populaţie (acelaş lot de persoane sau de produse patologice) .

In practica cunoaşterii fidelităţii se cer trei condiţii :

- folosirea aceloraşi criterii de diagnostic (clinic sau de laborator);
- examinarea aceluiaş lot de produse patologice, de probe sau de persoane;
- executarea examenului de către două persoane (echipe de lucru) să se facă în condiţii izolate (independente, persoanele să nu comunice între ele) .

Măsura în care două observaţii (rezultate) succesive dar izolate (independente) sînt comparabile (se potrivesc) depinde de doi factori :

- variabilitatea biologică (adevărată) ca proprietate a fiinţelor vii ce în mod real au tendinţa să se modifice între două măsurători succesive (de la un moment la altul, de la o zi la alta, de la un sezon la altul), de exemplu : pulsul, presiunea arterială, parametrii biochimici, parametrii antropometrici etc. Ca urmare, după ce se măsoară pulsul, presiunea arterială, talia, greutatea corporală etc la aceiaşi persoană în momente diferite sau după ce se iau în momente diferite două probe de sînge pentru determinarea colesterolemiei, rezultatele de la cele două examene se compară între ele pentru a aprecia variabilitatea biologică ;

- variabilitatea datorită examinatorilor, ca tendinţă ce o au aceştia de a da rezultate diferite cînd se examinează aceiaşi probă (persoană, produs patologic etc). De exemplu : o probă de sînge se împarte în două şi se dau la doi

examinatori diferiţi ce vor lucra izolat (fără ca ei să ştie), cu aceiaşi tehnică, determinarea colesterolemiei. Apoi rezultatele de la cei doi examinatori se compară pentru a aprecia variabilitatea între doi examinatori. Acelaş lucru se poate face cun un traseu e.c.g. ce se dă consecutiv la doi examinatori diferiţi. Variabilitatea aprecierii se datoreşte parţial inconsecvenţei fiecărui examinator, dar şi impreciziei posibile şi inerente a metodei sau tehnicii diferite de lucru. Ca măsură de siguranţă, cei doi examinatori să lucreze cu aceiaşi metodă sau tehnică. Eroarea proprie a examinatorului (în plus sau în minus) este în mare parte aleatorie, dar diferenţa între examinatori tinde să producă erori sistematice în depistările de masă .

In practica depistărilor, ambele variabilităţi (biologică şi cea a examinatorilor) trebuiesc cunoscute, măsurate şi reduse .

Calculul se face în modul următor : excluzînd probele negative la ambele examinări (caseta - d - din schema 22), fidelitatea între două examinări (doi examinatori) este dată de $\frac{a}{a+b+c} \times 100$ şi semnifică măsura în care se obţin aceleaşi rezultate la două examinări succesive sau între doi examinatori. Valoarea ei este cu atît mai bună cu cît se apropie de 100 % .

Aprecierea reproductibilităţii pentru acelaş examinator se face în scopul :

- pentru a determina precizia unei tehnici de lucru. Dacă reproductibilitatea este slabă este necesară ameliorarea tehnicii, iar dacă aceasta este imposibilă atunci este necesară repetarea observaţiilor cu tehnica folosită. Aprecierea presiunii arteriale prin media a două preluări va caracteriza mai exact situaţia persoanei decît preluarea ei numai o singură dată ;

- pentru aprecierea unui examinator în comparaţie cu altul (alţii), fie în scopul selecţiei examinatorului, fie în vederea cunoaşterii nevoilor de perfecţionare a pregătirii profesionale a acestuia ;

- pentru controlul exactităţii rezultatelor fiecărui examinator pe durata desfăşurării unei acţiuni de depistare .

Ca urmare reproductibilitatea tehnicii necesită să fie cunoscută la fiecare examinator (utilizînd acelaş material), iar folosirea aprecierii simultante de către doi examinatori (trasee e.c.g., presiunea arterială, grosimea pliului cutanat etc) poate asigura un grad mai mare de exactitate a rezultatelor. Această apreciere în dublu a unui parametru necesar diagnosticului, folosind eşantioane, poate fi aplicată numai pentru controlul calităţii rezultatelor date de un examinator .

Pentru identificarea diferenţelor sistematice între examinatori, reproductibilitatea este indicată să se calculeze :

- între membrii aceleiaşi echipe, ca să se evite concluzii eronate;

- între echipele aceleiaşi acţiuni de depistare, ca diferenţele de

apreciere a acestora să poată fi luate ca reale în populaţie.

Repetarea măsurării (observaţiei) de mai mulţi examinatori într-o acţiune de depistare este posibilă pentru examinările directe pe persoane (antropometrice, presiunea arterială etc), dar într-o cercetare ea este mai greu de realizat pe parcursul desfăşurării ei. Chiar şi în această situaţie este necesară o verificare prin sondaj. In schimb, comparaţiile între examinatori sînt mult mai lesnicioase cînd repetările nu se fac direct pe persoane, cum sînt parametrii biochimici, traseele e.c.g. etc. In aceste cazuri se apelează (după caz) fie la tehnici cu precizie cunoascută (colesterolemie etc) fie la media opiniilor mai multor specialişti (e.c.g. etc) .

Pentru o mai bună înţelegere a necesităţii şi modului de calcul a validităţii şi reproductibilităţii ne vom servi de un exemplu. In depistarea bolilor cardiovasculare la şcolarii dintr-un oraş, în vederea folosirii raţionale a mediciler, s-a stabilit ca o soră să înregistreze fonocardiograma fiecărui copil pe benzi magnetice. Apoi, acestea să fie interpretate de un mic grup de medici - desemnaţi în acest scop în echipa de depistare - care, ascultînd numai benzile magnetice să hotărască care din elevi (suspecţi a fi bolnavi) să fie chemaţi pentru un examen clinic complet. Dar, opinia medicală nu acceptă această tehnică de depistare fără prealabila ei validare. Ca urmare, sora medicală a făcut înregistrarea fonocardiogramei pe benzi magnetice aproape la toţi şcolarii, la 4o9o din cei 4319 elevi (la 94,7 % din elevi). Apoi, toate benzile au fost ascultate independent de către doi medici care au stabilit fiecare ce copii să fie reconvocaţi pentru examenul clinic complet . Pentru aprecierea diferenţelor de selecţionare (triaj) a elevilor suspecţi de boli cardiace s-a calculat reproductibilitatea între cei doi medici (schema23.1). Fidelitatea testului este f.slabă, stabilirea suspecţilor (în vederea clarificării cu ajutorul unui examen clinic complet) s-a suprapus numai în 21 % din cazuri. Dar, separat de acest slab rezultat (în stabilirea suspecţilor de boli cardiace), proporţia şcolarilor corect încadraţi - ca al doilea indicator de reproductibilitate $= \left[\frac{a+d}{N} \times 100 \right]$ - este acceptabilă într-o depistare în masă (96,8%) .

Datorită slabei reproductibilităţi a testului de depistare, prin selecţionarea suspecţilor cu ajutorul fonocardiogramei înregistrată pe bandă magnetică, s-a hotărît, ca în continuare, toţi cei 4o9o elevi să fie consultaţi de alţi doi medici (fără ca aceştia să cunoască rezultatul selecţionării pe bază de fonocardiogramă). După deliberarea în comun, aceşti medici au hotărît asupra prezenţei sau absenţei bolii cardiace. Folosind acest diagnostic clinic ca diagnostic de referinţă s-a cerut să se aprecieze sensibilitatea şi specificitatea triajului prin fonocardiogarmă. Urmare a calculării acestor tehnici (schema 23.2) au rezultat următoarele : deşi validitatea testului fono, de 162 (faţă de mx 2oo), ar putea fi considerată ca satisfăcătoare, în cadrul acesteia - sensibilitatea lui este

slabă (numai 64 %), iar specificitatea lui este f. bună (98 %) . Deci, triajul prin ascultarea fonocardiogramei a dat o mare proporţie de falşi negativi (36 %) şi nu poate fi acceptat în depistările de masă. Conform diagnosticului de referinţă, prevalenţa aşteptată a bolii (în raport de care trebuie să fie apreciate sensibilitatea şi specificitatea unui test) are nivele f.mici, de o,34 % : .

$$\text{prevalenţa} = \frac{a+c}{N} \times 100 \rightarrow \frac{14}{4090} \times 100 = 0{,}34\%$$

Dar, pentru evitarea suspiciunii asupra exactităţii diagnosticului folosit ca referinţă s-a reexaminat în comun un eşantion de 92 şcolari de către o a doua pereche de medici, specialişti experimentaţi (fără ca aceştia să cunoască rezultatele de la prima echipă de medici). Calculele arată (schema 23.3 şi 23.4.) :

- validitatea diagnosticelor primei echipe (de 178) este superioară ;
- sensibilitatea diagnosticului primei echipe este bună (de 82 %), cu 18 % falşi negativi ;
- specificitatea la prima echipă este f. bună (96 %) .

Problema dificilă din orice depistare în masă este de a hotărî asupra nivelului de erori (în minus sau în plus) ce se pot accepta, de a găsi un echilibru între consumul medical ce-l va face nr. falşilor pozitivi şi volumul falşilor negativi (bolnavi nediagnosticaţi) rămaşi în populaţie (schema 23.4) .

In acţiunile de depistare - testele execută triajul, suspecţii se rezolvă cu diagnosticele de specialitate, iar validarea decide asupra acceptării acestora . In alegerea lor , la începutul şi pe parcursul acţiunii, pe lîngă celelalte criterii ce trebuie să le îndeplinească,

Schema 23 - Evaluarea unui test de depistare a bolilor cardiace la şcolari

1. - Reproductibilitatea între doi medici ce au interpretat independent aceleaşi benzi magnetice

		Examinator A: chemare pentru examen clinic +	-	TOTAL
examinator B: chemare pt. examen clinic	+	36	83	119
	-	49	3922	3971
TOTAL		85	4005	4090

Reproductibilitatea = $\frac{a}{a+b+c} \times 100 \rightarrow \frac{36}{36+83+49} \times 100 = 21{,}4\%$

2. - Compararea între triajul prin fonocardiograma şi diagnosticul clinic în comun a doi medici

		Diagnost. la examenul clinic al medicilor: Prezenţa bolii +	-	TOTAL
Triaj prin fonocardiogramă: chemare pt. examen clin.	+	9	93	102
	-	5	3983	3988
TOTAL		14	4076	4090

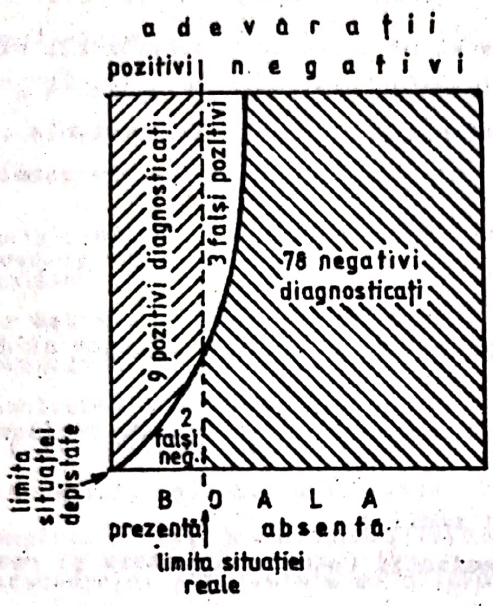
- sensibilitatea triajului fono = $\frac{a}{a+c} \times 100 = \frac{9}{14} \times 100 = 64{,}3\ \%$
- specificitatea = $\frac{d}{b+d} \times 100 = \frac{3983}{4076} \times 100 = 97{,}7\ \%$
- validitatea = sensibil. + specif. = 64,3 + 97,7 = 162,0
- prevalenţa bolii = $\frac{a+c}{N} \times 100 \rightarrow \frac{14}{4090} \times 100 = 0{,}34\ \%$

3. - Validitatea examenelor clinice

		Diagnosticul celei de a II-a echipe de medici: +	-	neexaminaţi	TOTAL
Diagnosticul primei echipe de medici	+	9	3	2	14
	-	2	78	3996	4076
TOTAL		11	81	3998	4090

- validitatea diagn. I echipe = 81,8 + 96,3 = 178,1
- sensibilitatea diagn. I echipe = $\frac{a}{a+c} \times 100 \rightarrow \frac{9}{11} \times 100 = 81{,}8\ \%$
- specificitatea diagn. I. echipe = $\frac{d}{b+d} \times 100 \rightarrow \frac{78}{81} \times 100 = 96{,}3\ \%$

23.4 -VALIDITATEA DIAGNOSTICELOR PRIMEI ECHIPE DE MEDICI



ele necesită să fie - în primul rînd- sensibile (mai greu , dar cel mai important), să asigure - deci - minimizarea proporției de falși negativi. Selectarea tehnicilor de depistare cu asemenea calități - din mai multe tehnici validate - asigură oportunitatea și eficiența acțiunii . Iar , prezentarea finală a evaluării oricărei depistări dă încredere în rezultatele obținute .

5.1.2.3.- Asigurarea cadrelor, materialelor și resurselor financiare

In realizarea acțiunii de depistare trebuie să se aibă în vedere: necesarul și calitatea cadrelor - testelor - tehnicilor și aparatelor, volumul materialelor , costul acestora în raport de durată și de numărul investigațiilor . In plus , coordonatorul acțiunii necesită să aprecieze înainte și în finalul acțiunii : utilitatea ,[x] randamentul și eficiența depistării . Obținerea acestora este dată de numărul și proporția cazurilor noi (necunoscute) și asigurată de testele , tehnicile și aparatele alese și mai ales de personalul stabilit pentru echipa de depistare (adecvat instruit și continuu informat asupra cantității și calității rezultatelor) .

Organizarea activității personalului desemnat trebuie să corespundă muncii în echipă , stabilindu-i-se sarcinile , competențele și legăturile funcționale . Intr-o asemenea acțiune , personalului trebuie să i se ceară rezultate cantitative dar mai ales calitate în realizarea depistării .

Estimația - de la elaborarea planului operațional - cost/avantajului [x] este necesară pentru a hotărî asupra oportunității depistării , întrucît aproape întotdeauna resursele sînt limitate .- Stabilirea rangului de prioritate a obiectivului depistării, în cadrul celorlalte probleme de sănătate ale populației (în raport de nivelul , de extinderea bolii în populație și de implicațiile ei) oferă elemente pentru acceptarea acțiunii sau pentru adoptarea unei alte soluții mai puțin costisitoare (prin depistarea și rezolvarea cazurilor în cadrul activităților medicale curente).

x) Pentru sensul acestor termeni vezi cap. Economie Sanitară .

5.1.2.4.- Cooperarea populaţiei şi a conducerii colectivităţii

In general, populaţia şi conducerea colectivităţilor acordă interes şi încredere acţiunilor de depistare a bolii şi bolnavilor. Dar, acestea sînt condiţionate de :

- informarea despre acţiune, înainte şi pe parcursul desfăşurării ei, cu explicaţii şi detalii care să asigure adeziunea şi participarea activă - a populaţiei şi a celor în măsură să sprijine activitatea serviciilor medicale ;

- conlucrarea cu reprezentanţi ai populaţiei în stabilirea programului general şi zilnic de activitate a serviciilor medicale ;

- modul nejenant sau nepericulos al examenelor,tehnicilor etc (acceptabilitatea tehnicilor de examinare şi de precizare a diagnosticului) ;

- pierderea cît mai puţin timp în executarea examenelor clinice şi de laborator şi în obţinerea rezultatelor ;

- modul de rezolvare a suspecţilor şi bolnavilor în perioada desfăşurării ;

- solicitudinea cadrelor medicale şi medii ;

- costul ce trebuie să-l suporte examinaţii (pentru depistare şi rezolvare ulterioară a bolii) .

In scopul asigurării unei populaţii cooperante, activităţi adecvate de educaţie sanitară trebuie să preceadă şi să însoţească întreaga acţiune .

5.1.2.5.- Rezolvarea bolnavilor şi a bolii în populaţie

Pe parcursul şi la sfîrşitul unei asemenea acţiuni este posibil să ne confruntăm cu una din următoarele situaţii :

- boala fiind puţin frecventă în populaţie, costurile totale ale acţiunii au fost prea mari faţă de numărul mic al bolnavilor noi rezultaţi din depistare (necunoscuţi pînă atunci) . Ca urmare, asemenea acţiune nu ar merita efortul uman şi financiar consumat. Deşi depistarea în masă şi-a realizat scopul ei (depistarea precoce a bolnavilor) ea nu a fost rentabilă ;

- o altă situaţie, mai dificilă, se referă la numărul foarte mare de noi depistaţi, care, din timpul şi după terminarea acţiunii, necesită capacităţi de servicii medicale, cadre şi cheltuieli financiare ce n-au fost anticipate pentru rezolvarea bolnavilor şi a bolii din populaţie. Cu tot marele randament al depistării, scopul final (rezolvarea în scurtă perioadă a bolnavilor şi în perioada mai lungă a bolii) nu sînt posibile de realizat .

Pentru a nu avea asemenea situaţii, coordonatorul trebuie să estimeze din faza de pilotare numărul de bolnavi ce ar rezulta şi să se asigure dacă acţiunea merită efortul investit (faţă de numărul mic de noi bolnavi) iar, în cea de a doua situaţie, să se poată asigura rezolvarea bolnavilor şi bolii în populaţie,

Scanned with OKEN Scanner

ţinînd cont că în acţiunea de depistare a unei singure boli se pot depista şi alte boli la anchetaţi .

In relaţie cu factorii ce condiţionează alterarea biochimică, morfologică sau funcţională probele pot fi revelatoare a evenimentelor trecute, actuale sau viitoare. De asemenea aspecte este necesar să se ţină seama în interpretarea rezultatelor şi în măsurile ce vor fi luate pentru identificarea, reducerea sau neutralizarea factorilor cauzali .

5.1.3. Dispensarizarea (tabel 73, schema 2e, tabel 76)

Ca metodă activă de asistenţă medicală şi de rezolvare medico - socială individualizată, cu caracter profilactic, ea se realizează printr-o supraveghere continuă şi diferenţiată a persoanelor sănătoase expuse îmbolnăvirilor sau a celor bolnave cu risc de agravare sau de complicaţii. Scopul dispensarizării este prevenirea îmbolnăvirilor prin cunoaşterea factorilor cauzali şi depistarea cu rezolvarea precoce a bolii, cît şi prîntîmpinarea agravărilor, complicaţiilor, a incapacităţii temporare sau invalidităţii şi a cronicizării bolii prin acţiuni sistematice aplicate bolnavului şi asupra factorilor cauzali. Ea este o acţiune complexă ce angajează tehnicitatea şi responsabilitatea medicală în asigurarea caracterului profilactic şi eficienţei actelor medicale .

Dispensarizarea se aplică următoarelor categorii de persoane :

a) Sănătoşi (practic sănătoşi) ce se găsesc în condiţii sau situaţii de expunere la îmbolnăvire : gravide şi lăuze, copii în primii cinci ani de viaţă şi mai ales în primul an de viaţă (iar din aceştia cei cu riscul cel mai mare), adolescenţii şi tinerii în perioada de adaptare la noi condiţii de muncă sau de învăţămînt, sportivii de performanţă, personalul muncitor din locurile de muncă cu nocivităţi ;

b) Bolnavi depistaţi prin examinările profilactice de masă sau diagnosticaţi la adresarea acestora : reumatismul la copii, boli cardio - vasculare, stările precanceroase şi bolnavii cu cancer, bolnavii de tuberculoză şi contacţii acestora, bolnavii de sifilis, boala ulceroasă, hepatita cronică, unele boli neuropsihice, ginecopatiile, persoane ce fac repetate îmbolnăviri etc. Din tabloul morbidităţii teritoriale sau din colectivitate medicii din serviciile medicale (dispensare, policlinici, spitale) pot selecta şi stabili persoanele ce necesită aplicarea dispensarizării. In unele situaţii, dispensarele medicale pot aplica dispensarizarea familiei a căror membri au boli, un mediu şi mod de viaţă ce necesită supravegherea activă continuă şi rezolvare medico - socială .

Dispensarizarea poate fi realizată în colectivitate ocupaţională sau şcolară ori aplicată persoanelor din teritoriul arondat (gravide, copii, bolnavi etc), de către medicul dispensarului medical şi de specialistul din policlinică- cu loturi separate sau conlucrînd la aceleaşi persoane la nivelul dispensarului medical ori în faze separate de dispensarizare (tabel 76).

Tabel - 76

L I S T A

orientativă a BOLILOR de lungă durată ce se DISPENSARIZEAZA[x)]

1.o - **Boli ale ap.CARDIO-VASC.**

Ⓒ Ⓐ - Cardiopatii congenitale (rezolvate sau nu chirurg.)
Ⓒ Ⓐ - Foşti bolnavi de RAA (cu sau fără determ.cardiace)
C Ⓐ - Alte valvulopatii
Ⓒ - Foşti bolnavi cu glomerulonefrită ac.difuză
- Ⓐ - Cardiopatia ischemică
- Ⓐ - Cord pulmonar cr.
C Ⓐ - Hipertens.art.(esenţ.şi sec.)
- Ⓐ - Arteriopatii perif.obliter.
- A Boli venoase cr.membre inf.
- A Sechele accid.vasc.cerebr.

2.o - **Boli ale ap.RESPIRATOR**

Ⓒ A - Astmul bronşic
Ⓒ A - Bronşita cronică
- Ⓐ Bronhopatii cr.obstruct.
C Ⓐ Supuraţii pl.pulm.
Ⓒ A - Bronşectazia

3.o - **Boli ale ap.DIGESTIV**

- A - Gastrita
Ⓒ Ⓐ - Boala ulceroasă
Ⓒ Ⓐ - Foşti bolnavi hep.virală
Ⓒ Ⓐ - Hepatita cronică
- Ⓐ - Hepatopatii cr.şi cir.hep.
- A - Colecistopatii (cu şi fără litiaze)
- Ⓐ - Colita ulceroasă
- Ⓐ - Sindroame post.-chirurg.
Ⓒ - - Sindr.de malabsorbţie

4.o - **Boli ENDOCRINE**

Ⓒ A - DET şi alte endocrinopatii

5.o - **Boli de NUTRITIE**

Ⓒ Ⓐ - Diabet zaharat
- A Obezitate

6.o - **Boli ap.URINAR**

C A - Malformaţii congenitale
Ⓒ Ⓐ - Sindrom nefrotic
Ⓒ Ⓐ - Pielonefrite cr.
- A - Litiază urinară
C - - Infecţii urinare repetate
Ⓒ - - Insuficienţă renală cr.

7.o - **Boli ap.GENITAL FEM.**

A - Inflamaţii cr.metroanex.
A - Tulb.statică uter şi anexe
A - Tumori benigne uter şi anexe
A - Lez.benigne col.ut.(cervicite)
A - Mastoze

8.o - **Boli REUMATICE şi COLAGENOZE**

C A - Poliartrita reumatoidă
- A - Spondilartrita anchiloz.
- A - Poliartroze
- A - Discopatii
Ⓒ A - Lupus eritematos diseм.

9.o - **Boli NEURO-PSIHICE**

- A - Nevroze
Ⓒ A - Schizofrenia
Ⓒ - - Psihopatii uşor decompensabile şi adolesc.cu tulb. comport.
Ⓒ Ⓐ - Epilepsii
- A - Boala Parkinson
- A - Psihopatii recuperabile
C - - Traumatism cr.encef.în antec.
C - - Encefalopat.prin sufer.perinat.
C - - Intîrziere mint.uşoară
Ⓒ Ⓐ - Deficienţe neuro musc.

10.o - **Boli ORG.DE SIMT**

- Ⓐ - Glaucomul
- A - Unele hipoacuzii

11.o - **Boli de SÎNGE**

C A - Hemofilia
C A - Talasemiile
- A - Poliglobuliile

Ⓒ Ⓐ -12.o - **CANCERE,LEUCEMII, stări precanceroase**

- Ⓐ 13.o - **BOLI PROFESIONALE**

- A 14.o - **PENSIONARI DE BOALA**

- A 15.o - **Afectiuni LOCOMOTORII (ortopedice) RECUPERABILE**

x) Ⓐ - adulţi; Ⓒ - copii

Tabel 76 - continuare

CRITERII DE DISPENSARIZARE

- stadiu eficace (precoce) pt. amelior.
- femei cu sarcină şi boli
- profesii, locuri de muncă cu risc (Ord.MS - 15/1982)
- asociaţii boli cu sit.deosebite fam. soc.
- efectiv în dispensariz.pt.un medic: 1oo-15o persoane (gravide, sănătoşi expuşi la risc, bolnavi cr.etc).

IERARHIZARE dispensarizare:

- medic med.generală = forme şi asociaţii obişnuite de boli;
- specialist din policl.sau spital: forme (situaţii) deosebite de boală + alte riscuri (la loc de muncă, în familie, asociaţii);
- această repartizare în dispensarizare se face în comun.

ETAPE :

1 - Depistare (examin.profilactice, anchete med.în populaţie, consultaţii curente) cu preciz. unui diagn.corect şi complet (pe date cl., lab.,epidemiol) şi stab.luării în dispensariz. pe baza criteriilor. Înscrierea şi codif.caz nou în fişa consult. (cod 18-1-138/18-1-4o)

2 - Luarea în evidenţă (în dispens.) cu stab., plan dispens.-recuper. şi datei pt.control med.(conf. Norme MS-1979) înscriere în reg. evid.spec.; educ.sanit.

3 - Supravegherea medicală activă şi continuă (timp de ani): examin.period.(cl.+lab.), bilanţ al perioadei ant.şi indic.pt. perioada următ.(med.ig.-diet, fam, prof, soc.), ed.sanit.

4 - Scoaterea din evidenţă prin rezolv., schimb.dom., deces.

REGLEMENTARI:

- Legea 3/1978 priv.asig.săn.pop.
- Norme tehnice de dispensariz.a unor bolnavi cu afecţiuni de lungă durată - MS, 1979;
- Ord.MS 336/1981 priv.decl., dispens.şi evid. RAA;
- Instrucţ. MS IX/C_2-13o5/1977 priv. urmăr.niv.stării de sănăt.copil;
- Ord. MS-9o/1978 priv.hep.virală;
- Ord. MS-15/1982 priv.ex.med. la încadr.şi control periodic;
- Ord. MS-219/198o priv.depist., decl., evid. şi trat.cancer;
- Ord. MS 49o/1981 priv.consult. oncol.obligatorie;
- Instrucţ.MS VI/C_2-632/952 depist. şi profilaxia cu IK a guşei;
- programe sanit.de lung termen (cardio-vasc., cancer, săn.mint., boli dentare, TBC, venerice).

N O T A : Bolile cu litere încercuite - Ⓒ Ⓐ - sînt înscrise în Normele tehnice de dispensarizare ale MS-1979; celelalte sînt înscrise în alte regl. MS, programe pe termen lung; Lista nu e limitativă

E_2 - o7.85

Principalele <u>etape</u> ale procesului de dispensarizare sînt următoarele :

- <u>depistarea activă şi precoce</u> (mai eficientă decît cea ocazionată de prezentarea bolnavului) cu precizarea diagnosticului şi asigurarea rezolvării primare (de început) şi complete a bolii şi cu stabilirea oportunităţii dispensarizării (în raport de boală , de factorii ce o pot întreţine şi de starea generală a organismului şi de participarea cooperantă a bolnavului) ;

- <u>luarea în evidenţă de dispensarizare</u> cu stabilirea măsurilor pentru bolnav şi a ritmicităţii examinărilor ulterioare, a planului individual complex (tratamente, educaţie sanitară, cunoaşterea şi evitarea riscurilor în continuare, recuperare medico - socială etc) ;

- <u>supravegherea continuă</u> (luni sau ani) a bolnavului prin examinarea medicală la intervale de timp în raport cu evoluţia bolii, cu aplicarea recomandărilor de către bolnav, cu rezolvarea factorilor bolii şi cu situaţia din familie şi de la locul de muncă. Fiecare nouă examinare constituie un bilanţ al situaţiei sănătăţii şi eficacităţii măsurilor aplicate, cît şi moment pentru o nouă adaptare a planului general de urmărire activă şi diferenţiată a bolnavului. In acest proces pot participa - la solicitarea medicului ce conduce dispensarizarea: policlinica, spitalul , staţiuni balneo-climatice, unitatea şcolară sau ocupaţională, asigurările sociale ale sindicatului, familia etc .

In toate etapele dispensarizării se desfăşoară o variată şi intensă activitate de educaţie sanitară a bolnavului şi familiei acestuia . Educaţia sanitară a persoanei sănătoase sau bolnave face parte integrantă din activitatea de dispensarizare şi dă eficacitate acestei activităţi .

- <u>Scoaterea din evidenţă</u> a dispensarizatului se face în caz de vindecare, de schimbarea reşedinţei sau de deces (tabel 76).

Pentru evidenţa persoanelor dispensarizate se folosesc : fişa de consultaţii din unităţile ambulatorii, registrul de evidenţe (pentru evidenţe speciale), carnetul de sănătate la purtător ori alte formulare ce să asigure înscrierea evoluţiei bolii, a recomandărilor şi bilanţul periodic al acestora. Ca formular auxiliar se foloseşte fişa program a dispensarizatului, ce asigură periodicizarea controalelor medicale şi cunoaşterea pe date calendaristice a prezentării dispensarizaţilor .

Numărul de bolnavi ce pot fi dispensarizaţi de un medic al dispensarului sau de un specialist din policlinică variază între 1oo şi 15o în raport cu boala şi nivelul de instrucţie sanitară necesară cooperării şi eficienţei acestei activităţi. Includerea în dispensarizare se face prin selecţie şi stabilire de priorităţi în raport cu problematica programului sanitar . In această acţiune, spitalul - cu medicii şi serviciile tehnico - medicale - pot participa cu eficienţă, desfăşurînd activitatea fie în unităţile ambulatorii (prin deplasări programate) fie în ambulatorul spitalului (fără internarea bolnavului) sau folosind ambele forme. In aceste activităţi, bolnavii teritoriali sînt selectaţi din cei

cu forme deosebite de boală ce depăşesc posibilităţile dispensarelor sau policlinicii. Pentru toate eşaloanele medicale, dispensarizarea constituie un important argument de integrare a profilaxiei în practica activităţilor medicale .

5.2. Educaţia sanitară a populaţiei

5.2.1. Introducere

Educaţia sanitară se ocupă cu elaborarea, aplicarea şi evaluarea metodelor şi formelor instructiv - educative necesare populaţiei pentru a-şi întări, apăra şi reface sănătatea .

Ea are sarcina să formeze o populaţie ca să obţină deprinderi pentru întărirea sănătăţii, ca să-şi cunoască riscurile îmbolnăvirilor pentru a le evita (educaţia sanitară primară), ca să cunoască semnele precoce ale bolilor pentru a se adresa în timp util la serviciile medicale, (educaţia sanitară secundară), ca să aplice indicaţiile medicale pentru a-şi restabili sănătatea şi capacitatea de muncă (educaţia sanitară terţiară) .

Totodată ea instruieşte populaţia pentru autoajutor şi ajutor reciproc în caz de îmbolnăvire, traumatism sau intoxicaţie .

Pentru îndeplinirea lor, educaţia sanitară necesită să facă parte din :

- procesul general instructiv - educativ a copiilor şi tinerilor (din activitatea de învăţământ a tuturor instituţiilor de şcolarizare) ;
- pregătirea profesională pentru toate ramurile economice ;
- activităţile de educaţie şi culturalizare pentru colectivităţe ;
- programele sanitare, din toate acţiunile şi actele medicale .

Educaţia sanitară se realizează prin :

- difuzarea cunoştinţelor necesare informării şi edificării populaţiei privind factorii ce condiţionează întărirea, apărarea şi refacerea sănătăţii şi privind consecinţele multiple ale bolii ;
- formarea deprinderilor pentru obţinerea comportamentului de sanogeneză;
- antrenarea populaţiei la apărarea şi refacerea propriei sănătăţi .

Ea urmăreşte ca, pe baza informaţiilor transmise, populaţia să poată acţiona conştient, corect şi oarecum independent, în probleme ce le ridică sănătatea şi boala individului şi colectivităţii . In acest scop este necesar ca populaţia să primească informaţii simple, clare şi complete despre sănătate şi boală, să se formeze o opinie de masă - bazată pe date ştiinţifice - privind condiţionarea sănătăţii individuale de sănătatea mediului şi modului de viaţă şi de muncă ; este necesar ca populaţia să cunoască că întărirea, apărarea şi refacerea sănătăţii individuale, participarea activă la realizarea acţiunilor ce interesează sănătatea colectivităţilor şi folosirea raţională a serviciilor medicale sînt obligaţii

---

x) art. 15 din Legea 3/978 de asigurare a sănătăţii populaţiei

ale fiecăruia .

In ţara noastră , educaţia sanitară face parte integrantă din sistemul de ocrotire a sănătăţii şi are următoarele trăsături caracteristice :

a) - Se fundamentează pe principiile de ocrotire a sănătăţii. Ea are un caracter de stat şi o orientare profilactică consecventă, este larg accesibilă şi se realizează pe bază de concepţii unitare - metodologice şi ştiinţifice;

b) - Obiectivele sale x) de acţiune sînt concordante cu obiectivele şi prioritătile programului sanitar naţional şi teritorial ;

c) - Instruieşte şi angajează populaţia în scopul conştientizării asupra responsabilităţii ce o are şi pentru participare la apărarea şi refacerea propriei sănătăţi ;

d) - Metodele şi formele sale au caracter optimist şi convingător, pentru a dezvolta încrederea în posibilităţile de prevenire a bolii şi de refacere a sănătăţii ;

e) In realizarea acţiunilor educativ sanitare participă, prin mijloace specifice, toate sectoarele vieţii social - economice (Ministere, Organizaţiile de masă şi obşteşti, Societatea de Cruce Roşie, Radioteleviziunea, presa centrală şi locală etc) ;

f) Activitatea de educaţie sanitară constituie obligaţie de serviciu pentru cadrele medicale superioare şi medii . Ea se realizează prin forme adecvate şi cu prilejul oricărui act medical .

Principalele <u>direcţii de acţiune</u> ale " Planului unic de educaţie sanitară " din ţara noastră se centrează pe :

a) ameliorarea sănătăţii şi dimensiunii familiei ;

b) integrarea eficace a instrucţiei sanitare în procesul general instructiv - educativ ;

c) integrarea eficace a educaţiei sanitare în formele de pregătire profesională din toate profilurile ocupaţionale ;

d) dezvoltarea acţiunilor şi activităţilor de largă profilaxie, cu participarea tuturor, la scară individuală şi a colectivităţilor ;

e) obţinerea unui comportament adecvat a bolnavilor privind sănătatea individuală şi a colectivităţilor ;

f) dezvoltarea cercetării ştiinţifice de educaţie sanitară .

5.2.2. <u>Metodele şi formele educaţiei sanitare</u>

In realizarea educaţiei sanitare se folosesc mijloacele comunicării în masă în scop informativ şi formativ .

In raport cu <u>calea de transmitere</u> a mesajului, educaţia sanitară foloseşte următoarele metode :

a) auditive sau orale : convorbirea (individuală şi de grup), lecţia,

---

x) Sînt stabilite prin " Planul unic de educaţie sanitară" ce se adoptă de Consiliul Sanitar Superior

conferinţa, consfătuirea cu teme de educaţie pentru sănătate, radioemisiunea etc;

b) vizuale :

- avînd rol dominant textul : lozinca, tractul, articolul, reportajul, broşura, memoratorul, forme beletristice ;

- avînd rol dominant imaginea : afişul, pliantul, planşa, graficul, diapozitivul, mulajul, macheta, preparatul natural, expoziţia ;

c) audiovizuale : filmul, emisiunea TV, teatrul .

In raport cu adresabilitatea, mijloacele educativ sanitare se pot grupa în :

a) - mijloace individuale : convorbirea medicală ;

b) - mijloace de grup : convorbirea de grup, lecţia, instructajul .

Acestea se pot organiza cu grupe de vîrstă (şcolari, militari, oameni ai muncii, vîrstnici etc) sau cu grupe de persoane ce interesează aceiaşi temă (gravide, persoane expuse aceloraşi factori cu risc de îmbolnăvire, bolnavi de aceiaşi boală etc) ;

c) mijloace de largă informare : conferinţa, consfătuirea, filmul, emisiunea de televiziune .

5.2.2.1. - Metodele auditive (orale)

Formele acestei metode sînt cele mai accesibile şi mai puţin costisitoare. Cînd numărul persoanelor este restrîns, datorită adresării directe, ele oferă posibilitatea individualizării şi adaptării temei la interesul auditoriului şi a stabilirii începerii unei acţiuni sanitare (depistare de boli etc) .

Există şi unele limite ale acestui grup de forme. Astfel, pentru a menţine atenţia subiecţilor ele nu pot dura prea mult, percepţia poate fi însoţită de erori, educatorul trebuie să dispună de calităţi de orator, spirit de convingere, să insufle încredere subiecţilor. Pe lîngă acestea, o bună parte din noţiunile transmise sînt uitate, ceea ce impune completarea metodei prin mijloace vizuale care folosesc cuvîntul scris. In fine, se demonstrează eficacitatea maximă a acţiunilor care privesc un număr mic de subiecţi şi mai ales convorbiri individuale, fapt ce le restrînge utilizarea .

- Convorbirea individuală - formă în care incovenientele adresării multiple dispar, face parte din activitatea curentă a medicului şi cadrelor medii.

Motivaţia subiectului este în acest caz maximă în comparaţie cu oricare altă formă sau mijloc educativ, iar înmînarea unor forme scrise - prescripţia individuală - sau a unor broşuri care conţin normele de viaţă adecvate cazului, elimină şi dezavantajele formelor orale în general, contribuind la fixarea şi păstrarea informaţiei .

- Convorbirea cu un grup de persoane, omogene sub aspectul nivelului cultural (elevi, studenţi, muncitori etc) sau al interesului faţă de temă (bolnavi de o anumită boală sau convalescenţii), înlătură parţial dezavantajele, tractul este mai direct şi mai apropiat, posibilităţile de adresare ale expun-

mai mari, testarea interesului subiecţilor mai facilă, iar aceştia din urmă pu - tînd interveni mai uşor, se creează prin dialog premisa unei participări active.

- Conferinţa - formă care se adresează simultan unui public variat şi numeros. Decurg de aici unele incoveniente, ca de exemplu obligativitatea alegerii în exclusivitate a unor teme de foarte larg interes, prezentarea într-o formă care să corespundă nivelului mediu al persoanelor, restrîngerea timpului afectat la perioade relativ reduse în conformitate cu durata în care grupul nu-şi dispersează atenţia (sau combinarea cu alte mijloace - ca cele vizuale sau audiovizuale). Principalul avantaj al conferinţei rezidă în economia de forţe şi mijloace realizată, dacă această problemă se priveşte prin prisma raportului numeric educator/ beneficiari .

5.2.2.2. - Metodele vizuale

Acestea pot folosi cuvîntul scris, imaginea, sau asocierea imaginii şi cuvîntului. Formele acestei metode prezintă avantajul unei informaţii durabile şi a unor formulări unice, superioare calitativ şi netributare calităţilor unei singure persoane. Calităţilor de orator i se substituie cele de scriitor (sau desenator), totuşi în realizarea unui text concură, chiar în cazul autorului unic, o întreagă echipă, şi el trece înaintea tipăririi un text de calitate. Apoi, textul odată tipărit, poate avea o adresabilitate deosebită, singura condiţie din partea subiecţilor fiind ştiinţa de carte. Există şi incoveniente, unele economice, altele metodice, deoarece textul scris, neputînd avea elasticitatea cuvîntului vorbit, trebuie editat corespunzător mai multor nivele de cultură generală şi adaptat periodic realităţilor .

Asocierea cuvîntului scris cu imaginea măreşte puterea de sugestie, captează interesul şi poate uşura fixarea unor noţiuni .

5.2.2.3. - Metodele audiovizuale

Formele audiovizuale, combinate cu grijă, diminuă dezavantagiile fiecărora în parte şi asigură o potenţare reciprocă a calităţilor lor. Ca urmare, ele asigură maximum de receptivitate şi de eficienţă în realizarea scopului stabilit de fiecare formă . Folosind mijloacele moderne de informare în masă şi de prezentare atrăgătoare (filmul, televiziunea) sînt mai larg acceptate de toate vîrstele, nivelele de instruire, profesii, medii de reşedinţă .

Trăsăturile fundamentale pe care trebuie să le îndeplinească activităţile educativ sanitare, indiferent de mijloacele utilizate :

- nivel ştiinţific corespunzător celor mai noi cuceriri ale ştiinţei medicale ;

- formă de exprimare accesibilă şi care evită prezentarea vulgarizată a noţiunilor ;

- caracter optimist, cerinţă care asigură dinamizarea maselor şi evită

iatrogenia ;

- conţinut dominant profilactic al informaţiei ;

- abordarea unei tematici ce oglindeşte problematica de sănătate publică a teritoriului, factor care asigură interesul populaţiei .

5.2.3.- Diferenţierea acţiunilor de educaţie sanitară

Drept criteriu important pentru o astfel de diferenţiere poate servi, de exemplu, delimitarea contigentului de populaţie căruia i se adresează educaţia sanitară în : a) populaţia sănătoasă ; b) diferite categorii de bolnavi .

In cadrul educaţiei sanitare curente a populaţiei sănătoase deosebim educaţia sanitară a copiilor şi tineretului, precum şi educaţia sanitară a oamenilor muncii .

In educaţia sanitară a persoanelor bolnave, diferenţierea are în vedere caracterul bolii (boli acute, boli cronice cu extindere în masă, boli transmisibile etc), precum şi instituţia în care are loc acţiunea de educaţie (dispensar, policlinică, spital etc) .

Educaţia sanitară se diferenţiază, de asemenea, în raport cu nivelul de cultură al colectivităţii, cu posibilităţile locale, după mediu (rural sau urban) etc.

5.2.3.1. Educaţia sanitară a populaţiei sănătoase

Educaţia sanitară a populaţiei sănătoase se realizează sub îndrumarea medicilor, care utilizează fie informarea largă a populaţiei, prin mijloace de masă, integrate într-o măsură însemnată în culturalizarea generală a populaţiei şi realizate prin conferinţe, filme, televiziune, cursuri sanitare de masă (de ex. cursul de igienă şi prim-ajutor organizat de Crucea Roşie a Republicii Socialiste România), fie instruirea diferenţiată a grupelor de populaţie, categoriilor profesionale sau formaţiilor sanitare . In acest scop, se utilizează mai ales lecţia, instructajul, ciclurile de conferinţe etc (lecţiile de sanminim alimentar, cursul de echipieri sanitari etc) .

Educaţia sanitară a copiilor şi tineretului[x)]. Intreaga perioadă a copilăriei şi mai ales vîrsta preşcolară şi şcolară sînt deosebit de favorabile formării şi consolidării deprinderilor igienice corecte, care se transformă treptat în

x) Vezi : - " Program-cadru privind educaţia sanitară a preşcolarilor,elevilor şi studenţilor"-Buc.1978,elaborat de MEI,MS,CC al UTC,Consiliul UASCR,Soc.de Cruce Roşie .
- Educaţia pentru sănătate în învăţămîntul preşcolar-Ed.medicală,Buc.1979
- Educaţia sanitară în învăţămîntul de cultură generală şi pedagogie,Ed.medicală, Buc. 1973
- Educaţia sanitară în învăţămîntul tehnic-profesional - Ed.medicală,Buc.1976
- Educaţia sanitară, Ed. medicală, Buc. 1964

obiceiuri trainice ale adolescentului şi apoi ale omului matur. Concentrarea eforturilor spre această grupă de vîrstă are şi un avantaj organizatoric, datorită faptului că acţiunea educativ - sanitară se desfăşoară paralel în familie, în colectivităţi organizate de copii şi de tineret, în grădiniţe sau şcoli, precum şi în unităţi medicale. Aceasta permite o muncă de educaţie sanitară, sistematică, strîns legată de procesul general instructiv - educativ general din unităţile respective. In grădiniţe şi mai ales în şcoli, regulile igienice se pot explica şi doza sistematic, în funcţie de vîrsta copiilor, se poate urmări uşor formarea deprinderilor corecte şi se pot îndrepta unele deprinderi greşite .

Acţiunea sistematică de culturalizare sanitară a familiilor trebuie să înceapă înaintea naşterii copilului şi trebuie intensificată în instituţiile care asigură deservirea medicală a mamei şi a copilului de primă vîrstă. Educaţia sanitară a familiilor cu copii pînă la trei ani constituie un important atribut al instituţiilor care asigură asistenţa medicală şi ocrotirea mamei şi a copilului .

Educaţia sanitară a copiilor de vîrstă preşcolară se integrează organic în complexul educativ general al colectivităţii organizate de copii preşcolari. Ea se efectuează în strînsă colaborare cu familiile copiilor şi se realizează sub îndrumarea şi sprijinul permanent al medicilor şi cadrelor medii sanitare .

Faptul că, în aceste instituţii, la munca de educaţia sanitară a copiilor participă efectiv toate cadrele impune medicului sarcina de instruire sistematică şi diferenţiată a personalului instituţiei de copii preşcolari şi nu numai acelora care au exclusiv sarcini pedagogice .

Una din caracteristicile activităţii de educaţie sanitară a copiilor constă în alegerea tematicii şi a formelor utilizate în raport cu particularităţile morfofuncţionale şi neuropsihice ale fiecărei perioade de vîrstă. De asemenea, o premisă a formării deprinderilor igienice corecte constă în grija pentru asigurarea condiţiilor materiale necesare însuşirii şi deprinderii unor practici igienice (de ex: instalaţii sanitare corespunzătoare, adaptate cerinţelor colectivităţii respective de copii) .

<u>Educaţia sanitară în şcoală</u> constituie o parte inseparabilă a procesului general de instruire şi educaţie a elevilor. Ea reprezintă baza activităţii de culturalizare sanitară a şcolarilor şi a comportării corespunzătoare de mai tîrziu a populaţiei .

Educaţia sanitară a elevilor urmăreşte cîteva obiective principale :

- Inarmarea şcolarilor cu noţiuni corecte de igienă şi cu anumite cunoştinţe medicale, în vederea înţelegerii corecte a fenomenelor legate de sănătate şi boală, precum şi cu noţiunile necesare acordării primului ajutor .

- Consolidarea deprinderilor cîştigate, precum şi formarea şi dezvoltarea unor noi obişnuinţe şi deprinderi igienico - sanitare corecte, necesare dezvoltării armonioase şi apărării organismului faţă de îmbolnăviri . (Forma

"cinci minute de control igienic", iniţiată de Crucea Roşie, se instituie chiar din primele zile de şcoală) .

In acest cadru se insistă îndeosebi asupra dezvoltării deprinderilor igienice legate de regimul raţional de învăţătură (scrisul şi cititul în condiţii igienice, ţinută corectă în bancă, regim corect de activitate şi odihnă), de cerinţele igienei şi protecţiei muncii în ateliere, laboratoare etc. precum şi de convieţuirea socială în familie, cu vecinii ş.a.m.d.

Formarea unui comportament corect sub raport igienic şi a unei opinii de masă pozitive în rîndurile elevilor faţă de problemele ocrotirii şi întăririi sănătăţii şi de combatere a obiceiurilor dăunătoare sănătăţii. Determinarea şcolarilor să acţioneze conştient în folosul ocrotirii sănătăţii. Astfel se realizează şi un obiectiv mai îndepărtat : pregătirea unui cetăţean conştient , înarmat cu cunoştinţele necesare apărării sănătăţii, educat în acest spirit încă din timpul şcolii .

Particularităţile educaţiei sanitare în şcoală pot fi sintetizate în următoarele puncte :

- Integrarea instruirii igienico - sanitare a şcolarilor în procesul de învăţămînt. Ea se face pe baza unui plan, elaborat sub îndrumarea medicului şi realizat de către toţi factorii interesaţi (cadre didactice şi îndeosebi profesorii diriginţi, medicul şi cadrele medii sanitare, familia) .

- Realizarea obiectivelor urmărite prin educaţia şi instruirea sanitară în mod gradat, în raport cu vîrsta copiilor. In acest scop se transmit treptat noţiunile necesare formării şi consolidării deprinderilor şi practicilor celor mai corespunzătoare, mărind progresiv volumul cunoştinţelor transmise, concomitent cu dezvoltarea interesului copiilor pentru problemele de apărare şi promovare a sănătăţii .

- Asigurarea însuşirii şin fixării deprinderilor igienice corecte la şcolari prin aplicarea lor în practică, în cadrul postului sanitar şcolar şi al colectivelor sanitare pe clasă .

- Asigurarea continuităţii educaţiei sanitare a şcolarilor. In acest scop, educaţia sanitară din şcoală se desfăşoară atît în cadrul procesului de învăţămînt, cît şi în afara lui, prin antrenarea şcolarilor în acţiuni concrete cu caracter igienico - sanitar sau de prim ajutor ; se asigură continuitatea educaţiei sanitare şi în afara şcolii, mai ales în familie, colonii, tabere, excursii şcolare etc.

- Asigurarea unei ambianţe favorabile sub raport igienic în şcoală .

O problemă care trebuie abordată cu pricepere şi integrată în procesul educativ - sanitar general este educaţia sexuală. Ca pentru orice alt aparat şi sistem al corpului, se vor da noţiuni de anatomie şi fiziologie a organelor genitale, fecundaţia, dezvoltarea embrionului, de igienă sexuală la ambele sexe, prevenirea bolilor venerice. Este potrivit ca la această vîrstă fetele să cunoască şi cîteva noţiuni de igiena gravidei şi lehzei, precum şi de îngrijirea sugarului

mai ales în mediul rural .

In şcolile profesionale, în cadrul lecţiilor de educaţie sanitară ce se fac cu elevii în timpul orei de dirigenţie, pe lîngă problemele de igienă generală, trebuie insistat asupra problemelor specifice acestor şcoli (igiena muncii, tehnica securităţii, bolile şi intoxicaţiile profesionale etc), folosind motivarea ştiinţifică a necesităţii respectării măsurilor de protecţie, pentru convingerea elevilor .

Medicului care asigură asistenţa medicală a şcolii îi revine sarcina de a sprijini permanent cadrele didactice în desfăşurarea, în condiţii cît mai bune, a muncii de educaţie sanitară şi de a-l ajuta pe directorul şcolii în coordonarea acestei activităţi, integrată în procesul instructiv - educativ. In acest scop, medicul asigură "educaţia educatorilor", îndrumînd cadrele didactice prin sfaturi şi indicaţii tehnice şi metodice. El predă de asemenea un număr de lecţii, se ocupă împreună cu cadrele medii sanitare de educaţia sanitară în afara clasei (activul sanitar din şcoală, difuzarea materialelor, organizarea unor " colţuri ale sănătăţii" şi de educaţie sanitară). Medicul participă, de asemenea, împreună cu cadrele didactice, la educaţia sanitară a părinţilor şi în cadrul consfătuirilor cu părinţii, al convorbirilor pe grupe pe părinţi ai căror copii suferă de aceeaşi boală , cu ocazia vizitelor la domiciliul părinţilor sau a conferinţelor ce se organizează la şcoală pe teme sanitare .

Educaţia sanitară la locul de muncă [x]. Intreprinderile şi, în general, colectivităţile organizate oferă condiţii eficace pentru educaţia sanitară. Aceasta datorită cadrului organizatoric, mediului ambiant care ridică probleme asemănătoare, sprijinului dat de organele administrative şi sindicale, precum şi ca urmare a unei conştiinţe cetăţeneşti ridicate a oamenilor muncii. Educaţia sanitară la locul de muncă urmăreşte trezirea şi dezvoltarea simţului de răspundere al personalului faţă de sănătatea individuală şi a celor din jur, obţinerea aderiunii lor deliberate la toate măsurile care vizează apărarea sănătăţii şi a capacităţii de muncă .

Scopurile multiple urmărite prin educaţia sanitară la locul de muncă impun folosirea variatelor căi de influenţare a personalului. Astfel, concomitent cu acţiunile de largă informare despre igiena individuală şi igiena locului de muncă, despre măsurile de prevenire a accidentelor, bolilor şi intoxicaţiilor profesionale etc.,integrate în munca curentă de culturalizare din întreprinderi şi instituţii, se organizează şi acţiuni speciale, de influenţare directă a muncitorilor şi tehnicienilor .

Instruirea educativ - sanitară specială se organizează diferenţiat, după profilul atelierului sau secţiei din care se recrutează grupele de muncitori ce vor fi instruiţi cu sprijinul activ al inginerilor şi maiştrilor, care

x)Vezi: Medicina muncii şi educaţia sanitară în industrei -Ed.medicală,Buc.1979

asigură nemijlocit această instruire. In acest scop medicul organizează consfătuiri urmate de instruirea maiştrilor privind problemele de igiena muncii .

Pentru efectuarea în bune condiţii a diferitelor acţiuni de educaţie şi instruirea sanitară la locul de muncă, medicul şi cadrele medii sanitare sînt sprijinite de echipierii sanitari .

5.2.3.2. Educaţia sanitară a bolnavilor

Educaţia sanitară a diferitelor categorii de bolnavi este o sarcină de seamă a medicilor care lucrează în instituţii medico - sanitare. Ea se face diferenţiat, potrivit cu afecţiunea de care suferă bolnavul, cu nivelul lui educativ-sanitar, cu gradul de cultură generală, precum şi cu unitatea în care se desfăşoară acţiunea .

In instituţiile spitaliceşti, educaţia sanitară urmăreşte transmiterea sau reîmprospătarea cunoştinţelor de igienă individuală şi colectivă, cu referiri la mediul de spital ; lămurirea bolnavilor asupra aspecteler variate legate de boala lor şi de condiţiile care favorizează vindecarea sau ameliorarea acestei boli; discutarea problemelor de cultură sanitară generală. Este util ca educaţia sanitară să se extindă şi asupra vizitatorilor, şi, mai ales, a membrilor de familie ai bolnavului .

Un capitol deosebit al educaţiei sanitare în spitale îl constituie acţiunile variate ce se organizează cu bolnavii care urmează să părăsească spitalul. Cu acesti bolnavi trebuie să se organizeze convorbiri individuale şi în grup, lămurindu-i asupra problemelor pe care le ridică starea sănătăţii lor la externare şi regulile de viaţă şi de muncă ce trebuie să le respecte. Cu această ocazie, bolnavii primesc material educativ - sanitar tipărit: broşuri, pliante, memorateare medicale etc .

5.2.4. Organizarea activităţii de educaţie sanitară la dispensarul medical

Conducerea activităţii educativ - sanitare pe plan judeţean revine laboratorului de educaţie sanitară din cadrul Direcţiei Sanitare. Pe teritoriul circumscripţiei, medicului de dispensar îi revine răspunderea planificării, organizării şi bunei desfăşurări a întregii activităţi educativ - sanitare .

Activitatea educativ - sanitară a dispensarului medical este axată pe următoarele obiective : a) difuzarea cunoştinţelor elementare de igienă şi medico - sanitare, în cadrul acţiunii de culturalizare generală ; b) dezvoltarea unei opinii favorabile profilaxiei, accentuarea prevenirii bolilor transmisibile ; c) popularizarea cunoştinţelor şi cultivarea obişnuintelor şi practicii igienice, privind igiena individuală, colectivă, a alimentaţiei şi alimentului ; d) instruirea sistematică în problemele de igiena muncii ; d) ocrotirea mamei şi copilului; f)profilaxia bolilor cronice cu caracter de masă; g) combaterea medului neraţio-

nal de viaţă ; h) dezvoltarea interesului pentru practica sportului şi a culturii fizice ; i) antrenarea populaţiei pentru participarea în cadrul activului sanitar de masă .

Planul activităţii de educaţie sanitară se elaborează de către medicul dispensarului, ajutat de colectivul său de muncă. El trebuie să cuprindă : forma educativ - sanitară, tema, locul şi data desfăşurării, cine efectuiază şi cine mobilizează populaţia .

Medicii de circumscripţie îşi planifică conferinţe, convorbiri organizate, consultaţii profilactice pe grup omogen de bolnavi dispensarizaţi, lecţii la cursurile de sanminim, de echipieri sanitari, "şcoala mamei" etc. organizarea de concursuri etc. Cadrele medii sanitare sînt programate în raport cu profilul lor; convorbiri individuale în familie şi colectivităţi, cursul de şcoala mamei, de sanminim etc.

Planificarea activităţii de educaţie sanitară necesită studierea şi cunoaşterea caracteristicilor stării de sănătate a populaţiei, nivelul cultural sanitar al acesteia, condiţiile igienico - sanitare ale mediului şi ale unor obiective deosebite (şcoală, unităţi de alimentaţie publică, întreprinderi,cantine, ferme etc) precum şi respectarea indicaţiilor primite din partea organelor supetioare .

Activitatea de educaţie sanitară se consemnează într-un registru (caiet) prevăzut cu următoarele rubrici: data, tema, numele celui care a efectuat, locul unde s-a ţinut, nr. participanţi, durata .

5.2.5. <u>Antrenarea populaţiei în acţiunile de educaţie sanitară</u>

Cu ajutorul unei populaţii instruite, problemele medico - sanitare pot fi mai bine cunoscute,iar posibilitatea de intervenţie activă devine mai eficientă şi mai uşor de realizat. Educaţia sanitară, prin larga informare,acoperă în suprafaţă întreaga populaţie,dar instruirea specială priveşte numai o anumită parte a acesteia, şi anume acea categorie de locuitori care şi-au însuşit mai uşor şi mai repede noţiunile şi deprinderile igienice corecte şi care se simt atraşi de acest sector de activitate, manifestîndu-şi dorinţa de a fi folosiţi în mod organizat în acţiunile cu caracter sanitar .

Datorită caracterului activ, conştient şi dinamic al colectivelor pregătite şi chemate să participe în mod nemijlocit la acţiunile de ocrotire a sănătăţii, ele au primit denumirea de <u>activ sanitar de masă</u>. Prin activ sanitar de masă se înţelege acea parte a populaţiei (nescoasă din producţie), care absolvind cursurile sanitare de masă, şi-au însuşit un anumit bagaj de cunoştinţe sanitare, activează în diferite formaţii organizate, sprijinind astfel munca organelor sanitare .

6.o.- GRUPURI DE POPULATIE SI PROBLEMELE LOR DE SANATATE

- Ocrotirea sănătăţii şi asistenţa lor medicală -

Grupurile la care ne referim în acest capitol sînt : mama - copilul şi tineretul , oamenii muncii din producţia socială , vîrstnicii şi populaţia rurală.

Ele se detaşează ca grupuri diferenţiate în colectivităţile teritoriale prin :

- numărul persoanelor şi ponderea fiecărui grup în structura demografică a colectivităţilor ;

- contribuţia ce au adus-o, o aduc sau o vor aduce la continuitatea demografică , la întreţinerea tuturor, la dezvoltarea economico - socială şi la progresul întregii colectivităţi ;

- particularităţile biologice şi prin modul de viaţă sau de muncă ce fac ca organismul lor să fie mai vulnerabil la factorii cu risc de alterare a sănătăţii ;

- nivelul şi tendinţa morbidităţii şi mortalităţii lor cu consecinţele multiple de ordin familial, social şi economic ;

Fiecare din aceste grupuri au problemele lor de sănătate şi acestea pun - colectivităţii şi serviciilor medicale - multiple şi variate probleme social - economice şi de asistenţă medicală .

Datorită acestor particularităţi ele necesită preocupări diferenţiate din partea conducerii societăţii şi acţiunii sau activităţi prioritare din partea serviciilor medicale .

6.1. - Mama, copilul şi tineretul.

Sînt în mod constant incluse în grupe comune de priorităţi sociale, economice şi medicale pentru că numărul şi sănătatea copiilor - a viitoarei colectivităţi - depind în primul rînd de mamă, de sănătatea şi de starea ei social economică şi a întregii familii . De asemenea, integritatea şi calitatea sănătăţii acestor grupe exprimă nivelul de sănătate al întregii colectivităţi şi eficacitatea măsurilor economice-sociale şi medicale ce au fost luate în acest scop. In ultima instanţă, nivelul de sănătate al acestor grupe condiţionează şi măsoară stadiul de dezvoltare social-economică, culturală şi sanitară a colectivităţii .

6.1.1.- **Importanţa lor pentru colectivitate şi pentru serviciile medicale** .

In oricare teritoriu, populaţia feminină, copii şi tineretul se impun nu numai ca pondere în structura demografică (mamele şi copii o - 14 ani reprezintă pe glob 6/1o, iar în România 52 % din populaţie) sau ca grupe cu multiple şi importante roluri în existenţa şi viitorul colectivităţii, ci şi prin particularităţile lor biologice şi de morbiditate .

Tabel 76.1- Proporţia femeilor în vîrstă de reproducere şi a copiilor 0 - 14 ani pe glob (1978)

Specificare	TOTAL	Teritoriu în dezv.	Teritoriu dezv. ec.
- Populaţie totală pe glob (1978) - mil. loc.	4219	3105	1114
	la 100 din total		
- Femei 15-49 ani	23,8	23,4	25,0
- Copii 0-14 ani	36,1	40,3	24,4
- Femei 15-49 + Copii 0-14 ani	59,5	63,7	49,4

Sursa: Six. rapp. sur la sit. sanit. dans le monde, partie I - OMS, 1980, pag 137

Populaţia feminină reprezintă pe glob ceva mai mult de jumătate (în ţara noastră 5o,7 % în 198o), iar femeile cu potenţial de reproducere (tabel 76.1) aproxim. 1/4 din întreaga populaţie (în România - 24 %). Ea asigură înnoirea şi continuitatea colectivităţilor umane şi principalele cerinţe ale familiei : creşterea, educarea şi deprinderile raţionale de viaţă şi muncă ale copiilor, alimentaţia, igiena generală şi individuală, educaţia sanitară - descoperirea - rezolvarea şi îngrijirea bolnavilor în familie (înainte şi în continuarea asistenţei medicale) precum şi activităţile gospodăreşti .

Totodată, femeia participă la realizarea bunurilor materiale şi spirituale şi la progresul colectivităţii, la activitatea obştească şi la apărarea patriei .

In faţa numeroaselor şi importantelor obligaţii ce i se pretind , organismul femeii are posibilităţi fizice mai reduse, iar în perioada sarcinii - naşterii - lăuziei şi alăptării acelaş organism este supus la intense şi variate solicitări .

Imbolnăvirea, infirmitatea şi invaliditatea mamei generează mari implicaţii psihologice şi materiale în familie şi în producţia socială (perturbă funcţionarea familiei şi îngrijirea copiilor, absenteism în producţia socială, consum medical, cheltuieli din bugetul familiei şi al statului), iar decesul perturbă integritatea familiei cu consecinţe în creşterea şi îngrijirea familiei .

Copii şi tineretul constituie " noul " colectivităţilor, vîrstele pînă la 15 ani reprezentînd pe glob o pondere de 36 % din întreaga populaţie (4o % în teritoriile în curs de dezvoltare şi 24 % în cele dezvoltate economic, (tabel 76.1). In România, vîrstele pînă la 15 ani reprezintă 26,7%, iar pînă la 2o ani 1/3 (33,1 %) din toată populaţia (198o) . Ei sînt în perioada de creştere şi de adaptare la cerinţe multiple şi variate, sînt în perioada de instrucţie generală şi

pregătire profesională, în perioada care-i formează pentru viaţa în colectivitate şi de familie. In copilărie - perioada în care se pun bazele sănătăţii şi calităţii vieţii viitoarei colectivităţi - sănătatea e ameninţată de o multitudine de riscuri cu variate intensităţi, de a căror rezolvare depinde sănătatea următorilor ani din viaţă .

Imbolnăvirile şi infirmităţile copilului dau implicaţii psihologice şi materiale pentru familie şi colectivitate, produc dereglări în instrucţia şcolară, consum medical şi financiar, iar decesul lui descompletează familia şi reduce cel mai mult durata medie a vieţii populaţiei .

Mamele şi copii o - 14 ani sînt deci nu numai foarte numeroşi dar şi foarte vulnerabili, ei sînt cel mai grav atinşi de adversităţile mediului, de sărăcie, de analfametism şi de proastele condiţii sanitare . La nici un alt grup din populaţie inegalităţile situaţiei sanitare nu sînt aşa de resimţite ca la mame şi copii .

In toate teritoriile de pe glob, pe lîngă implicaţiile personale şi familiale, îmbolnăvirile mamei şi copilului produc un mare consum medical, de medicamente şi de cheltuieli pentru sănătate, iar decesele mamelor şi ale copiilor reduc cel mai mult durata medie a vieţii populaţiei .

Intrucît sănătatea acestor grupuri din populaţie condiţionează cel mai mult dezvoltarea socială şi sănătatea colectivităţii viitoare sînt necesare preocupări de prim ordin - din partea conducerii colectivităţii şi a serviciilor medicale - pentru condiţii ca ele să-şi îndeplinească rolul lor în societate .

6.1.2.- <u>Principalele lor probleme de sănătate şi factorii ce le condiţionează</u> .

Mama şi copilul au avut şi au probleme de sănătate şi acestea au pus colectivităţilor importante probleme sociale şi economice .

Stările morfo-funcţionale particulare ale organismului femeii şi copilului, cu receptivitate crescută şi apărare scăzută la agresiunile factorilor de mediu fac ca aceste grupe de populaţie să aibă riscul cel mai mare de alterare a sănătăţii, de îmbolnăvire şi deces în toate teritoriile de pe glob. Ca urmare, asigurarea sănătăţii constituie priorităţi social-economice şi medicale, în toate teritoriile, iar morbiditatea şi mortalitatea lor variază - teritorial şi cu vîrsta copilului - în raport de tabloul factorilor de risc, cu starea de rezistenţă a organismului lor, cu gradul de concentare a măsurilor complexe de ocrotire a sănătăţii în familie şi, ca o expresie a tuturor acestora, de stadiul de dezvoltare economică şi socială a colectivităţilor . Deşi, în ultimile patru decenii au fost obţinute rezultate importante în ameliorarea sănătăţii mamei şi copilului există încă nivele nesatisfăcătoare şi - mai ales - mari diferenţe teritoriale. Luînd în comparaţie cîţiva din principalii indicatori de sănătate ai familiei (tabel 77) aceştia au încă nivele nefavorabile în teritoriile în curs de dezvol-

tare şi o mare variabilitate în ariile acestor zone. Proporţia gravidelor cu anemie şi mortalitatea maternă, proporţia subponderalilor la naştere şi mortalitatea în primul an de viaţă diferă în limite foarte largi şi în corelaţie directă cu nivelul scăzut de trai material şi cultural ce-l au colectivităţile şi familiile. In timp ce în unele teritorii dezvoltate economic nivelul mortalităţii materne (tabel 77 şi 78) este aproape de zero iar cel al mortalităţii infantile (tabel 77, fig.79) este aproape de limitele ei biologice (endogene, determinată în principal de factorii nelegaţi de condiţiile de trai), în teritoriile slab dezvoltate economic mortalitatea maternă ajunge la 600 decese p.100.000 născuţi vii iar mortalitatea infantilă depăşeşte 200 decese p.1000 născuţi vii (tabel 77 şi fig. 79) .

Tabel 77 - INDICATORI DE SANATATE AI FAMILIEI IN TERITORII DEZVOLTATE SI IN CURS DE DEZVOLTARE

Indicatori \ Teritorii	Teritorii în curs de dezvoltare		Teritorii dezvoltate economic	
	nivel mediu	Limite	nivel mediu	Limite
- nr. mediu de urmaşi (băieţi + fetiţe/1 femeie)	5,3	1,8 - 7,4	2,0	1,4 - 4,2
- născuţi vii cu greutate sub 2500 gr. (%)	18	6 - 50	7	4 - 12
- mort. infantilă (‰)	109 x)	13 - 217	20	7 - 39
- gravide cu anemie (%)	60	15 - 77	20	5 - 22
- mort. maternă (la 100 000 născuţi vii)	cca 400	13 - 600	21	1,5 - 37,3

x) Excl. China cu nivel de 120 ‰
Sursa : Activ. de l'OMS, 1980-1981, pg.58

Tabel 78 - Mortalitatea prin complicaţii ale sarcinii şi naşterii - la 100000 loc. în unele ţări - 1978

Ţara		Total	15-24	25-34	35-44
1. România		4,9	9,6	18,6	6,9
2 Bulgaria	1977	1,1	2,5	4,2	1,0
3. Italia	1975	0,8	1,1	2,4	2,0
4. Spania	1976	0,8	0,7	2,9	2,2
5. Ungaria		0,7	1,7	1,9	1,0
6. Iugoslavia	1977	0,7	1,1	1,7	1,4
7. Cehoslov.	1975	0,7	1,1	2,8	0,9
8. Polonia		0,6	0,9	1,6	1,6
9. Grecia		0,6	1,2	1,9	1,4
10. R.F.G.		0,5	0,8	1,8	0,8
11. Franţa	1976	0,5	0,7	1,7	1,0
12. Elveţia		0,4	0,4	1,4	1,0
13. R.D.G.	1974	0,4	1,0	1,4	0,7
14. Anglia + T.G.	1977	0,3	0,4	1,3	0,5
15. Austria		0,3	0,9	0,8	0,8
16. Olanda		0,3	0,4	0,7	0,8
17. Finlanda	1975	0,3	-	0,8	1,4
18. Danemarca		0,2	-	0,5	0,8
19. Norvegia	1975	0,2	0,3	1,4	-
20. Suedia		0,1	0,2	0,3	0,6
21. Belgia	1976	0,1	0,3	0,6	0,2
22. S.U.A.	1977	0,3	0,6	1,1	0,5
23. Japonia	1978	0,7	0,6	2,4	1,1
24. Australia	1977	0,3	0,7	0,6	0,4

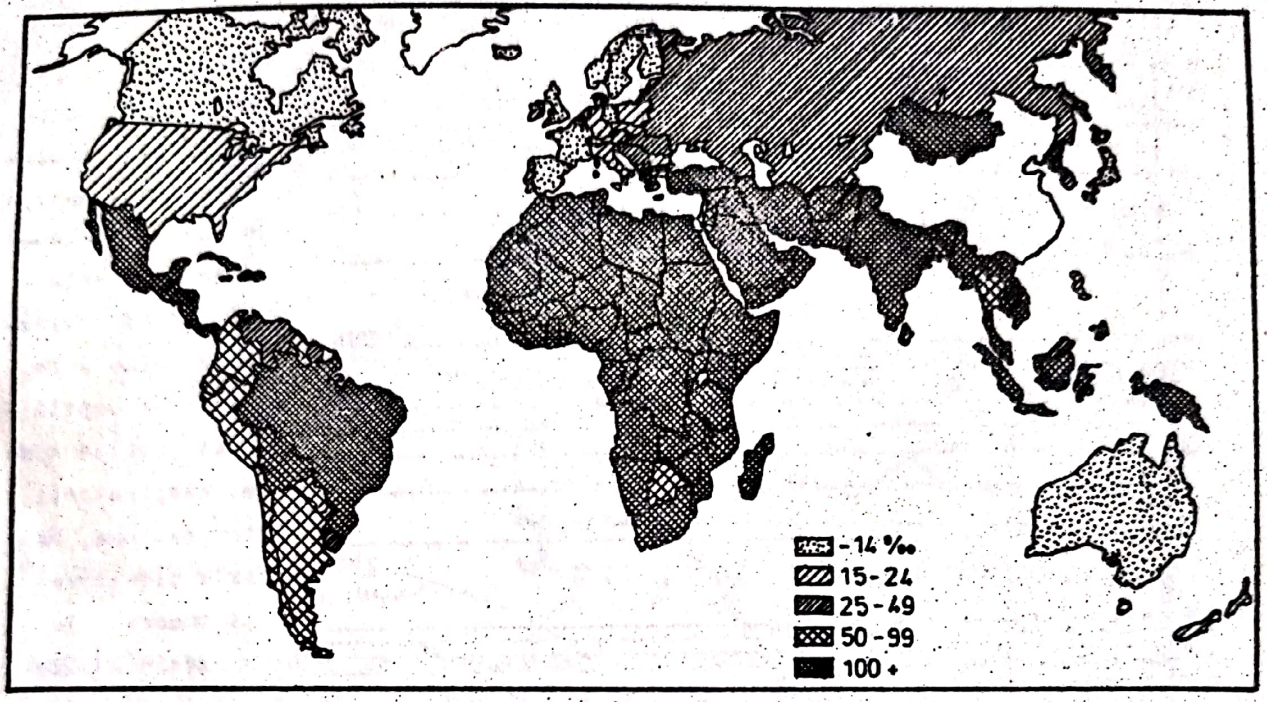
Sursa : Ann. St. San. Mond. OMS

Principalele probleme de sănătate ale mamei de pe glob şi în special din teritoriile slab dezvoltate sînt : ginecopatiile şi avorturile provocate repetat - potenţial de sterilitate, bolile parazitare, subnutriţia şi sechelele sale (anemia), hipertensiunea arterială în timpul sarcinii, multiparitatea, lipsa sau insuficienţa asistenţei medicale - mai ales a celei de la eşalonul de bază .

Pentru copilul mic şi în special pentru sugar : sănătatea precară a generaţiilor anterioare, afecţiunile perinatale, subalimentaţia mamei în timpul sarcinii şi alăptării, subnutriţia copilului datorită înţărcării precoce şi/sau practicilor dăunătoare de alimentaţie favorizante şi agravante pentru/de boli infecto parazitare repetate (inclusiv boala

acută respiratorie şi boala acută diareică) reprezintă factori ce condiţionează astăzi sănătatea şi dezvoltarea armonioasă a copiilor mai des în teritoriile în

Fig. 79 - MORTALITATEA INFANTILA PE GLOB - 1975 (decese 0-1 an la 1000 nascuţi vii)



Sursa: Forum Mondial de la Santé - OMS Genève - 1981, 2/2, p.320 (China: 12 ‰ în urban şi 15-30 ‰ rural)

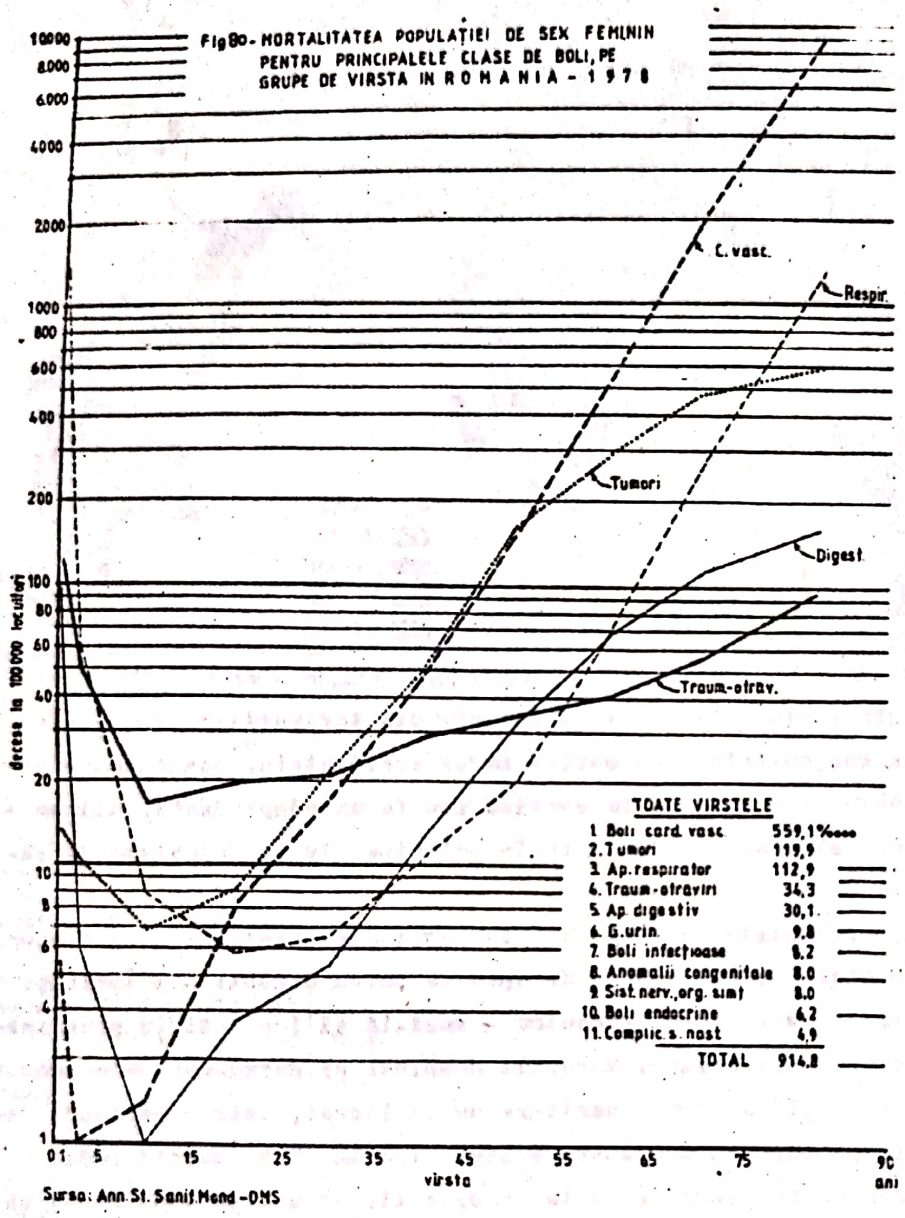
curs de dezvoltare.- In schimb, la copii şi tinerii din teritoriile dezvoltate economic : anomaliile congenitale, traumatismele şi accidentele, boala canceroasă, inadaptarea psiho-socială ce duce la coolism sau farmacodependenţă, alimentaţia neraţională (supraalimentaţia) constituie principalele lor probleme de sănătate .

In România, problemele de sănătate ale populaţiei feminine şi ale mamei, ale copilului şi tineretului constituie - de aproape patru decenii - priorităţi absolute în programele de dezvoltare economico - socială şi implicit în programele sanitare naţionale şi teritoriale. Măsurile complexe şi permanente - economice, sociale, culturale, legislative şi sanitare au ameliorat, într-o perioadă relativ scurtă, situaţia pe care ţara noastră o avea pînă în 1944. Durata medie a vieţii populaţiei feminine a crescut (de la aproximativ 42 ani în 1932 şi 65 ani în 1956 la 72,2 ani în 1976 - 1978) depăşind pe cea a populaţiei masculine. Copiii şi tinerii cresc statural şi ponderal, nivelele morbidităţii şi mortalităţii ale acestor grupe au scăzut, iar tabloul lor s-a modificat favorabil. Actuala principală problematică (mortalitatea maternă şi infantilă) relevă atît nevoia cît şi rezerva de ameliorare pentru a asigura corespondenţa cu stadiul de dezvoltare economică şi socială.

Pe lîngă acestea, bolile acute respiratorii, traumatismele şi intoxicaţiile, bolile infecţioase, anomaliile congenitale şi tumorile la copii, avorturile provocate, ginecopatiile, nevrozele, cancerul de col uterin şi de sîn la femei

de vîrste active constituie problematica generală de sănătate ale acestor grupe de populaţie .

Mortalitatea generală feminină - mai mică decît cea masculină - are cîteva aspecte particulare : nivele încă foarte mari ale mortalităţii materne (tabel 78 şi 79), supramortalitate prin boli cardiovasculare, endocrine şi metabolice şi variaţii de la o vîrstă la alta (la vîrstele copilăriei: bolile acute respiratorii, traumatisme, bolile digestive şi tumori ; la vîrstele adulte - tumori, boli cardiovasculare şi traumatisme, iar la vîrstele avansate - de boli cardiovasculare, tumori şi boli respiratorii - fig.8o).



Mortalitatea copiilor şi tinerilor: a scăzut la toate vîrstele (mai puţin în ultimii 5 ani) şi păstrează aceiaşi ordine : primul an de viaţă, apoi vîrstele 1-4 ani şi 15-19 ani, iar nivelele cele mai scăzute între 5 şi 14 ani (fig. 81 şi 82).

Deşi nivelul mortalităţii infantile a avut - cu unele oscilaţii - rate însemnate de scădere, în ultimii cinci ani scăderea ei s-a încetinit şi rămîne cu nivele mai mari decît teritoriile ţărilor vecine (fig.82 şi tabel 8o).In cadrul primului an de viaţă , mortalitatea precoce , mortalitatea perinatală şi mortalitatea neonatală au nivele comparabile cu ţările dezvoltate ecq -

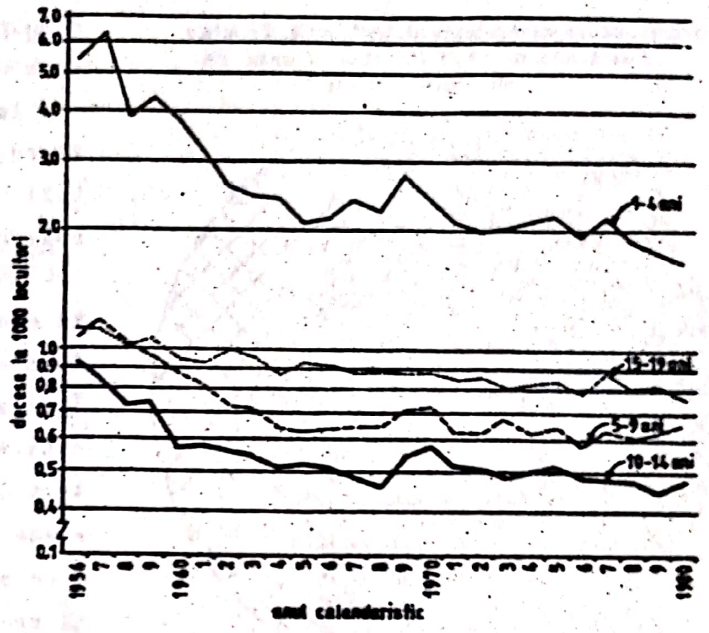
nomic. Mortalitatea postneonatală , şi mai ales cea din lunile 2 – 6 de viaţă

Tabel 79- Mortalitatea maternă în România 1969-1981 (decese prin complic. ale sarcinii naşt. şi lăuziei ptr. 100 000 născuţi vii)

1969	-	105,4 ‰
1970	-	116,4
1971	-	130,5
1972	-	130,0
1973	-	135,2
1974	-	120,9
1975	-	123,4
1976	-	129,9
1977	-	144,8
1978	-	129,1
1979	-	131,2
1980	-	133,0
1981	-	126,4

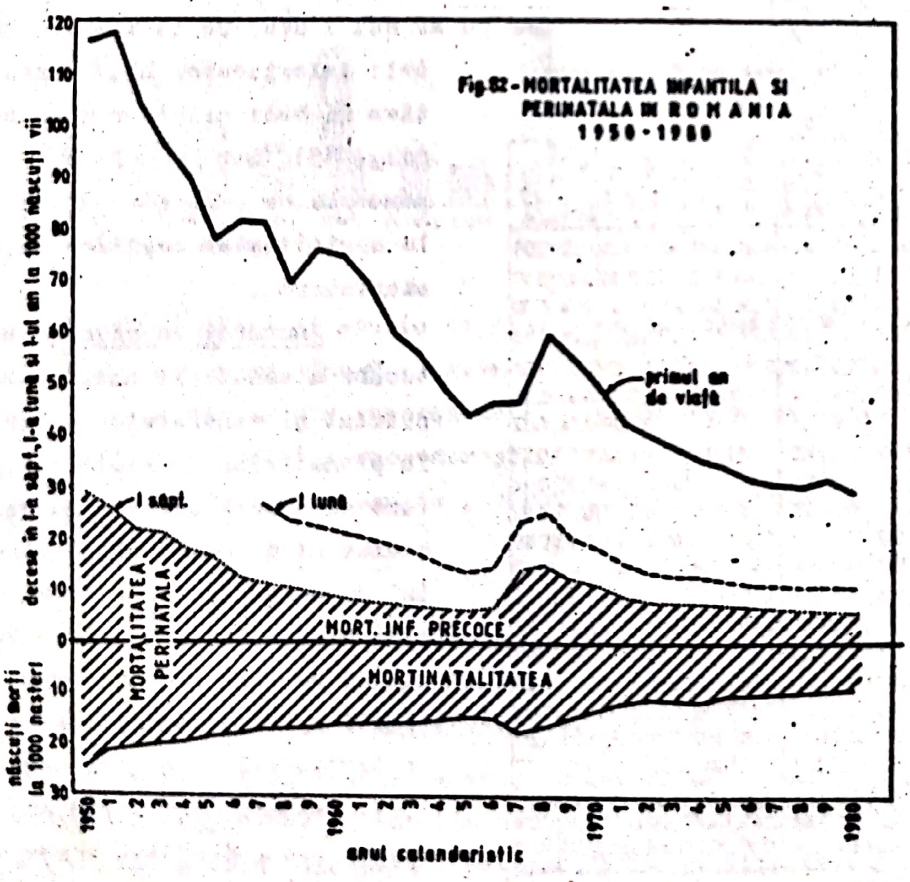
Sursa: Ann. St. Sanit. Mond.-OMS

Fig. 81- MORTALITATEA POPULAŢIEI SUB 20 ANI PE GRUPE DE VÎRSTĂ ÎN ROMÂNIA 1956 - 1980



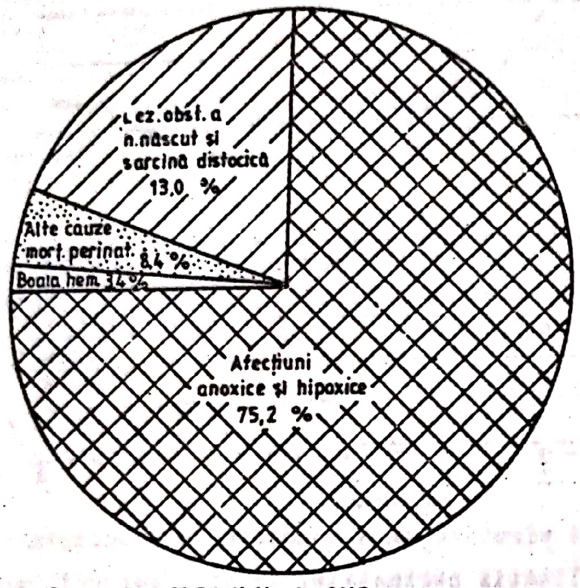
are încă nivele mari, care constituie şi vîrstele unde necesită a fi scăzută (fig. 82 şi tabel 80) . Structura mortalităţii perinatale, în anii recenţi, este dată mai ales de afecţiunile anoxice şi hipoxice (75,2%) şi de leziunile obstetricale a nou născutului şi sarcina distocică (13,0%) – fig. 83 . Dintre cauzele de boli ale mortalităţii infantile, cele care grevează cel mai mult, în etapa actuală, sînt boala acută respiratorie (49 %), afecţiunile perinatale (21 %), anomaliile congenitale (13 % şi bolile infecţioase (8%) .

Fig. 82 - MORTALITATEA INFANTILĂ ŞI PERINATALĂ ÎN ROMÂNIA 1950 - 1980



Aproape la toate aceste clase de boli nivelele sînt mai mari decît cele din ţările vecine (fig. 84 şi tabel 80) .

Fig. 83-Structura pe cauze a mortalităţii perinatale în România, 1977 - 1978 (decese pe cauze din 100 decese perinat)



Sursa : Ann.St.Sanit Mond.-OMS

La celelalte vîrste , principalele probleme de sănătate ale copilului sînt reprezentate de (fig.85):

- la vîrstele 1 - 4 ani - boala acută respiratorie, bolile infecţioase, boli neurologice şi tumorile - singurele cu nivele în creştere ;
- la vîrstele 5 - 9 ani : bolile acute respiratorii, tumorile (cu nivele în creştere), boli neurologice, bolile infecţioase şi anomaliile congenitale (ultimile cu nivele în creştere) -
- ŝăa vîrstele lo - 14 ani : tumorile (cu nivele în creştere) , boala acută respiratorie, boli neurologice, bolile digestive şi bolile infecţioase.

Scăderi însemnate în perioada ultimilor 2o de ani a avut mortalitatea prin boli infecţioase, boli digestive şi boli cardio-vasculare (fig. 85), iar la celelalte ponderea cu care contribuie la mortalitatea copiilor este staţionară .

Tabel 80- Mortalitatea infantilă pe grupe de vîrste şi cauze, în unele ţări - 1978 (la 1000 născuţi vii)

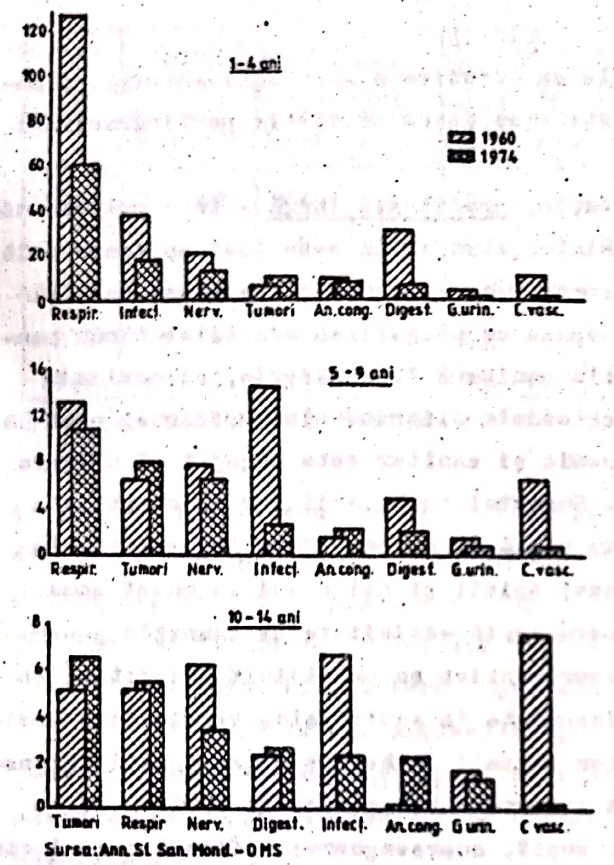
Grupa de vîrstă şi boala / TARA	Total	din care: 0-6 zile	0-27 zile	28-364 zile	Ap.resp.	Afect. perinat.	Anom. congen.	Boli infect.	Sist.nerv org.simţ	Accid.
1. Suedia	7,8	4,6	5,5	2,3	0,28	3,21	2,82	0,25	0,33	0,09
2. Norvegia	8,6	4,5	5,6	3,1	0,48	3,13	2,53	0,39	0,12	0,17
3. Elveţia	8,6	4,6	6,0	2,7	0,39	3,41	2,97	0,41	0,34	0,30
4. Danemarca 1977	8,7	4,7	5,7	3,0	0,26	3,67	2,73	0,34	0,28	0,15
5. Olanda	9,6	5,4	6,6	3,0	0,21	3,78	2,93	0,35	0,32	0,28
6. Finlanda 1975	10,0	6,7	7,8	2,2	0,49	4,95	2,82	0,32	0,30	0,34
7. Franţa 1976	11,3	5,2	4,9	4,5	0,25	3,44	2,51	0,89	0,34	1,02
8. Anglia şi T.G. 1977	13,8	7,7	9,3	4,5	1,41	5,89	3,53	0,42	0,27	0,32
9. R.F.G.	14,7	7,5	9,3	5,5	0,72	7,37	3,43	0,69	0,32	0,94
10. Austria	15,0	8,5	10,1	4,9	1,16	7,00	3,54	0,13	0,45	0,53
11. Belgia 1976	15,3	9,2	10,7	4,6	0,50	7,36	4,03	0,41	0,23	0,89
12. Spania 1976	17,1	9,3	11,8	5,4	1,97	7,68	3,72	1,40	0,40	0,33
13. Grecia	19,3	11,6	14,8	4,6	1,28	10,62	4,42	1,45	0,41	0,56
14. Italia 1975	20,8	12,9	15,7	5,1	2,42	12,61	3,30	1,20	0,25	0,16
15. Bulgaria 1977	23,9	8,1	11,6	12,4	9,29	6,61	2,83	1,34	0,56	0,83
16. Ungaria	24,4	16,8	19,1	5,3	2,12	14,27	5,17	0,77	0,82	0,38
17. Polonia 1977	24,6	11,4	15,2	9,4	3,87	10,19	5,16	2,04	0,78	0,52
18. România	30,3	6,7	11,2	19,1	14,04	5,89	3,71	2,15	1,33	1,20
19. Jugoslavia 1977	35,6	13,4	17,7	17,9	5,49	12,49	2,54	4,14	0,47	0,32
20. Japonia	8,4	4,5	5,6	2,8	0,59	3,88	2,20	0,29	0,23	0,42
21. Australia 1977	12,5	7,4	8,7	3,8	0,46	5,48	3,43	0,49	0,21	0,31
22. S UA 1977	14,1	8,4	9,9	4,2	0,57	7,02	2,53	0,65	0,31	0,35

Sursa : Ann.St. Sanit. Mond. - OMS

Factorii cu risc de alterare a sănătăţii mamei, copilului şi tineretului sînt în primul rînd în familie, la care se adaugă cei din mediul şcolar şi de muncă şi din traiul în comun în colectivităţile teritoriale. Foarte mulţi din ei au fost probaţi prin studii epidemiologice făcute în teritoriile din ţara noastră. Cea mai mare parte din aceşti factori relevă comportamente deficitare faţă de să-

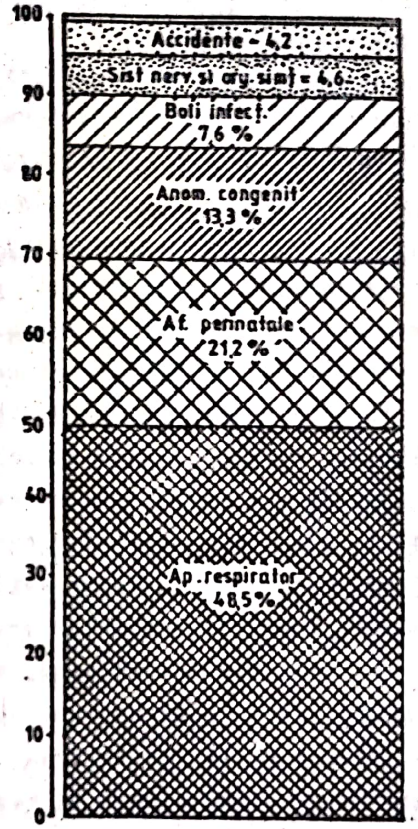
nătate ai familiei şi mai ales ai mamei, nu prin lipsa condiţiilor cît mai ales datorită lipsei de instrucţie şi deprinderilor pentru a-i recunoaşte şi a-i evita. Cele menţionate la începutul subcapitolului, cu variaţii teritoriale - pe

Fig.83- MORTALITATEA PE CLASE DE BOLI SI GRUPE DE VIRSTA LA POPULATIA 1-14 ANI IN ROMÂNIA - decese la 100000 loc, 1960 şi 1974



Sursa: Ann. St. San. Mond. - OMS

Fig.84- Structura mortalităţii pe cauze în primul an de viaţă în România 1977 şi 1978



Sursa: Ann. St. Sanit. Mond. - OMS

mediu de reşedinţă şi nivele de instruire au valabilitate şi pentru ţara noastră. La acestea se adaugă : aglomerarea cu responsabilităţi a femeii şi în special a mamelor, naveta ocupaţională, insuficienţa de mijloace şi tehnici pentru uşurarea activităţilor gospodăreşti, insuficienta practicare a sportului de către vîrstele tinere şi adulte , insuficienţa spaţiilor de joacă în aer liber pentru copii etc.

6.1.3. Principiile, legislaţia şi sistemul organizatoric în ocrotirea sănătăţii mamei, copilului şi tineretului din R.S. România .

Ocrotirea femeii, mamei, copilului şi tineretului, şi a sănătăţii lor, constituie obiective principale ale politicii partidului şi statului nostru în cadrul asigurării bunăstării, prosperităţii şi tinereţii permanente a societăţii noastre socialiste . Realizarea lor se asigură prin măsuri complexe - economice ,

sociale, culturale şi sanitare -, prin participarea tuturor sectoarelor vieţii social - economice, a organizaţiilor de masă şi obşteşti şi a serviciilor medicale şi are la bază principii de ocrotire, legislaţia generală şi specială elaborată în acest scop .

a) Principiile de ocrotire a sănătăţii, mamei, copilului şi tineretului

In cadrul principiilor generale de ocrotire a sănătăţii întregii populaţii - ce-şi au aci completă valabilitate - se desprind cîteva particularizări pentru aceste grupuri de populaţie :

- la nici un alt grup de populaţie, profilaxia largă - în ocrotirea sănătăţii şi atitudinea preventivă - în asistenţa medicală n-au fost aplicate atît de sistematic şi de diferenţiat ca în promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii mamei, copilului şi tineretului. Incepînd cu pregătirea adultului tînăr pentru rolul de viitor părinte şi cu educaţia sanitară la căsătorie, cu perioada sarcinii şi naşterii şi continuînd cu perioadele diferite ale copilăriei pînă la adolescent întregul sistem social - economic şi sanitar este angajat să asigure prioritar îndeplinirea acestui obiectiv. Suportul realizării lor îl constituie nu numai crearea condiţiilor necesare de viaţă şi de prevederi legislative în reglementările de bază ci şi obţinerea unei opinii şi atitudini în acest sens din partea întregii populaţii printr-o permanentă activitate de educaţie generală şi sanitară. In acelaş scop, acţiunilepreventive au constituit priorităţi în programele sanitare şi au avut ponderi însemnate în activitatea serviciilor medicale : depistarea şi rezolvarea factorilor cauzali în bolile transmisibile şi netransmisibile , depistarea şi rezolvarea precoce a bolnavilor şi bolilor în populaţie, imunizările active la mamă şi copil, supravegherea medicală activă etc.

- realizarea unei sănătăţi mai bune a viitoarelor generaţii se face prin integrarea acţiunilor şi activităţilor ocrotire şi de asistenţă medicală, atît pe verticală cît şi pe orizontală, în programele de dezvoltare economică şi socială,naţionale şi teritoriale. Se asigură astfel, în concordanţă cu etapele de dezvoltare social - economică, posibilităţile de promovare a factorilor de protecţie şi - în paralel - de reducere a factorilor cauzali şi cu risc de alterare a sănătăţii. Conform cu acest principiu baza materialăpentru asistenţa medicală şi pentru ocrotire (dispensare medicale, policlinici, spitale, creşe, leagăne etc) s-a dezvoltat continuu şi cu prioritate pentru mamă, copil şi tineret (vezi tabel 72) . Numărul serviciilor medicale şi capacitatea de lucru au crescut prioritar pentru copil şi pentru mamă în decurs de 4 decenii : numărul paturilor pentru copii a crescut de 27 ori, a celor pentru femei de 18 ori iar pentru restul de asistenţă medicală a populaţiei numărul paturilor a crescut de 4,4 ori. In acest mod s-au realizat indicatori de asigurare cu paturi concordanţi cu nevoile de sănătate ale acestor grupe de populaţie, în 1980 paturile

pentru femei şi copii reprezentînd 36 % din totalul paturilor de asistenţă medicală a populaţiei (tabel 81) . Ponderi cel puţin similare le au consumul medic (consultaţii, tratamente, examene de laborator, spitalizări etc) şi consumul financiar din bugetul sanitar de stat ;

Tabel 81-Asigurarea cu paturi de asistenţa medicala (total, pentru femei şi copii) în R.S.România în perioada 1938-1980

Anul	valori absolute			la 1000 loc.		
	Total paturi de asist. medicală	din care:		Total paturi asist. medic	din care:	
		pentru femei	pentru copii		pentru femei	pentru copii
1938	33.763	2.100	1350	2,2	0,13	0,09
1948	47.758	4.926	2.273	3,0	0,3	0,14
1960	133.850	21.097	20.273	7,3	1,2	1,1
1970	168.115	34.489	28.980	8,3	1,7	1,4
1980	208.213	38.010	36.625	9,4	1,72	1,65

Sursa: An. St. al R.S.R. şi An.St. Sanit. M.S.

- un alt principiu aplicat în rezolvarea unei sănătăţi mai bune a mamei, copilului şi tineretului îl constituie <u>modul de lucru activ şi diferenţiat</u> şi de <u>rezolvare complexă medico -socială</u> adoptate de serviciile medicale. Depistarea precoce a gravidelor şi copiilor cu abateri de la dezvoltarea normală prin deplasarea în familiii, colectivităţi şcolare şi de muncă, şi nu prin aşteptarea lor în serviciile medicale, cunoaşterea întregii situaţii din circumscripţia sanitară şi stabilirea priorităţilor cu supravegherea lor medicală diferenţiată (gravide şi copii problemă, vîrste şi familii cu risc crescut etc) cu rezolvarea cazurilor medico - sociale constituie metode de acţiune valabile şi adaptabile tuturor eşaloanelor medicale ;

- Concentrarea acţiunilor şi activităţilor din programele social - economice şi sanitare pe <u>familie</u> şi nu numai pe persoane, asigură eficacitate complexului de măsuri ce întreprind începînd cu asumarea răspunderii pentru propria sănătate .

b) <u>Legislaţia cu caracter general şi sanitar privind mama, copilul şi tineretul</u>

Asigurarea condiţiilor pentru îndeplinirea rolului ce-l are femeia şi familia în societatea noastră socialistă, pentru ocrotirea şi asigurarea sănătăţii femeii, mamei, copilului şi tineretului constituie obiective şi sarcini principale înscrise în documentele de bază de partid şi de stat începînd cu Programul Partidului Comunist Român şi cu Constituţia ţării . Plecînd de la aceste documente s-au elaborat reglementări speciale sau reglementări generale care au precizat sarcinile ce revin fiecărui sector al vieţii şi activităţii social - economice cît şi pentru membrii colectivităţii. Pentru a corespunde cu cerinţele fiecărei etape de dezvoltare economică şi socială, reglementările au fost adaptate sau dezvoltate în mod continuu .

Legislaţia - generală sau specială - care se referă la aceste grupuri de populaţie - ca şi importanţa lor socială - este foarte vastă : aproape că nu

există reglementare de stat sau reglementări cu valabilitate internă (ministere, organizaţiile de masă - obşteşti - profesionale, întreprinderi, instituţii, cooperative etc) care să nu motiveze în elaborarea acestora, să nu stipuleze direct ori să nu vizeze indirect ocrotirea, în general sau ocrotirea sănătăţii, în special a femeii - mamei - copilului şi tineretului , prin măsuri sociale, economice, culturale şi sanitare .

In Constituţia Republicii Socialiste România, legea fundamentală a ţării, ce conţine principiile care stau la baza elaborării tuturor legilor - se stipulează (art. 23 al.2) : " Statul ocroteşte căsătoria şi familia şi apără interesele mamei şi copilului ", iar la art. 24 se prevede : " Republica Socia - listă România asigură tinerilor condiţiile necesare dezvoltării aptitudinilor lor fizice şi intelectuale " .

Codul Familiei (Legea 4/1954), reluînd prevederea Constituţiei, stipulează (art.1) : " în RSR statul ocroteşte căsătoria şi familia, el sprijină prin măsuri economice şi sociale, dezvoltarea şi consolidarea familiei. Statul apără interesele mamei şi copilului şi manifestă deosebită grijă pentru creşterea şi educarea tinerei generaţii " . De asemenea, Codul Familiei reglementează relaţiile dintre soţi, dintre părinţi şi copii , garantează intervenţia protectoare a statului în interesul copilului în caz de înfiere, divorţ. In situaţiile în care copilul nu se bucură de îngrijire, creştere şi educaţie corespunzătoare în familie autoritatea tutelară din cadrul consiliului popular teritorial poate interveni în interesul copilului .

Prin Codul muncii (legea 1o/1972) se reglementează îndatorirele şi drepturile femeii angajate şi a tinerilor :

- femeile încadrate se bucură de măsuri speciale de ocrotire a sănătăţii şi de condiţiile necesare îngrijirii şi educării copiilor (art. 151,al.2) ;

- femeile gravide şi cele care alăptează nu vor putea fi folosite la locuri de muncă cu condiţii vătămătoare, grele sau periculoase, ori contraindicate medical şi nu vor fi chemate la ore suplimentare. Ele vor fi trecute în alte locuri de muncă fără scăderea retribuţiei (art. 152) ;

- gravidele începînd cu luna VI-a şi cele care alăptează nu vor fi repartizate în muncă de noapte (art. 154) şi nu vor fi trimise în delegaţie ;

- unitatea nu poate refuza angajarea în muncă a femeii pe motiv de graviditate şi nu-i poate desface contractul de muncă în timpul graviditătii, pe întreaga perioadă aconcediului de maternitate, în perioada de alăptare, în perioada cît îşi îngrijeşte copilul bolnav în vîrstă pînă la 3 ani, în timpul incapacitătii temporare de muncă (în care primeşte ajutoare de asigurări sociale) şi în timpul cît soţul satisface serviciul militar ;

- mamele au dreptul la un concediu de maternitate plătit de 112 zile (52 zile concediu prenatal şi 6o zile concediu postnatal, cu posibilităţi de

prelungire a concediului prenatal neefectuat) ;

- mamele au dreptul în timpul programului de lucru la pauze de 1/2 oră la interval de 3 ore pentru alimentarea şi îngrijirea copilului (timp ce nu poate depăşi 2 ore zilnic) pînă ce copilul împlineşte 9 luni. Aceste pauze pot fi prelungite pînă la vîrsta de 12 luni în cazul copiilor prematuri, distrofici şi celor care necesită măsuri deosebite de îngrijire, pe baza recomandărilor medicale. La cererea mamei, aceste pauze pot fi înlocuite cu reducerea programului normal de lucru cu 2 ore zilnic. Pauzele şi reducerea programului de lucru pentru alimentarea şi îngrijirea copilului se includ în timpul de muncă şi nu au consecinţe asupra retribuţiei sau alter drepturi materiale ;

- femeilor care au copii bolnavi mai mici de 3 ani li se acordă, cu avizul medicului, concedii plătite pentru îngrijirea acestora, care nu se includ în concediul de odihnă ;

- femeile care au copii în vîrstă pînă la 6 ani, pe care îi îngrijesc, pot lucra cu 1/2 normă, dacă nu beneficiază de creşe sau cămine, considerîndu-li-se timp lucrat cu normă întreagă (decret 954/1966) .

Plecînd de la prevederile Constituţiei, Codul muncii şi alte dispoziţii legale ocroteşte copilul încă înainte de a se naşte, prin drepturile de care se bucură mama în timpul graviditătii .

Codul muncii interzice angajarea în muncă a copiilor sub 14 ani, iar între 14 şi 16 ani încadrarea se poate face în munci temporare cu încuviinţarea părinţilor şi cu avizul medical, copiilor revenindu-le datoria iar unităţilor (ce i-au încadrat) revenindu-le obligaţia să-i sprijine în continuarea studiilor. Sub 18 ani este interzisă încadrarea în munci grele şi în munci de noapte .

Codul principiilor şi normelor muncii şi vieţii comuniştilor, ale eticii şi echităţii socialiste (1974), ca îndrumar de conduită al comuniştilor, al tineretului revoluţionar şi al tuturor oamenilor muncii, stabileşte raporturile noi în viaţa socială şi în munca oamenilor bazate pe principiile eticii şi echităţii socialiste. Art. 27 din acest cod se referă la " înalta răspundere - ce revine fiecărui membru al partidului şi al UTC - în întemeierea relaţiilor de familie pe principiile moralei socialiste, ale egalităţii, respectului, afecţiunii şi încrederii reciproce între soţi, în îndeplinirea rolului ce revine familiei în creşterea şi educarea copiilor, în dezvoltarea continuă a naţiunii noastre socialiste" . Si în continuare, în acelaş articol, subliniază : " Familia trebuie să fie cea dintîi şcoală în care copii să înveţe, odată cu regulile de comportare în viaţă şi societate, preţuirea muncii, devotamentul faţă de patrie şi popor, faţă de partid şi cauza socialismului " .

Codul penal (legea 6/1973), legea penală cea mai complexă, printre alte valori sociale, apără în mod special viaţa, sănătatea şi integritatea corporală, libertatea şi demnitatea persoanei - a femeii şi copilului, familia. Legea pena-

lă se referă printre altele la următoarele fapte grave, mai periculoase (infrac - ţiuni) : pruncuciderea, avortul, violul, constrîngerea fizică sau morală a femeii, bigamia, adulterul, abandonul de familie, relele tratamente aplicate minorului , infracţiunile contra sănătăţii publice sau privitoare la asistenţa celor în pri - mejdie ş.a.

Legea 3/1978 de asigurare a sănătăţii populaţiei, cadru juridic unitar pentru desfăşurarea şi perfecţionarea activităţii din acest domeniu atît prin obiectivele, articole speciale cît şi prin măsurile înscrise în alte articole stabileşte ca prioritate : " apărarea şi întărirea sănătăţii mamei, copilului şi tineretului, creşterea natalităţii, asigurarea unor proporţii corespunzătoare în structura de vîrstă a populaţiei şi menţinerea tinereţii naţiunii " (art.6 , art. 93 - 97 ş.a.) . Realizarea acestora, cît şi a întăririi familiei, se asigură prin măsuri complexe - economice, sociale, culturale şi sanitare - integrate în planul unic de dezvoltare economico - socială şi prin participarea unităţilor sanitare, organizaţiilor socialiste, a întregii colectivităţi şi a fiecărui cetăţean în parte.

Din celelalte dispoziţii legale, cu caracter social sau sanitar, prevederi cu privire la ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală a femeii, mamei, copilului şi tineretului se referă la :

- gratuitatea asistenţei medicale şi a medicamentului pentru sarcină, naştere, lăuzie, copiii pînă la 16 ani inclusiv , elevi şi studenţi (decret 246/ 958, 1o33/1966, 254/1971 ş.a.) ;

- protecţia femeii la locul de muncă (legea 5/1965 de protecţia muncii);

- acordarea de ajutoare materiale în cadrul asigurărilor sociale de stat pentru incapacitate temporară de muncă datorită bolii sau accidentului, pentru prevenirea îmbolnăvirilor, refacerea şi întărirea sănătăţii, în caz de maternitate (sarcină şi lăuzie, îngrijirea copilului bolnav) - HCM 88o/965;

- reducerea limitei de vîrstă şi a vechimei în muncă cu 5 ani la femei faţă de bărbaţi pentru pensia integrală de bătrîneţe, asigurarea pensiei de urmaş cînd femeia a împlinit vîrsta de 55 ani dacă are copii sub vîrsta de 16 ani, iar copii au asigurată pensia de urmaş pînă la împlinirea vîrstei de 16 ani şi 25 ani dacă îşi continuă studiile (legea 3/1977) ;

- îndemnizaţia de naştere de la cel de al III-lea copil ;

- ajutor băneşc pentru soţiile de militar în termen şi pentru mamele cu peste 4 copii ;

- asigurarea alocaţiei de stat pentru copii în raport cu retribuţia mamei, de numărul copiilor din întreţinerea familiei, mediul de reşedinţă (urban , rural) ;

- asigurarea de locuri în creşe, grădiniţe, cămine ;

- plasarea în familii crescătoare sau în instituţii de ocrotire (leagăne de copii - pînă la vîrsta de 3 ani, case de copii preşcolari şi şcolari) a co-

piilor fără părinţi şi a celor proveniţi din familii decăzute din drepturi părinteşti (legea 3/197o) ;

- ocrotirea, educarea şi asistenţa medicală a copiilor deficienţi motori, senzoriali şi psihici în cămine - şcoală (pentru cei recuperabili) şi în cămine - spital (pentru cei nerecuperabili) - legea nr. 3/197o privind regimul de ocrotire a unor categorii de minori ;

- supravegherea continuă a sănătăţii femeii gravidelor, copiilor, elevilor, studenţilor prin controlul medical periodic (ordin MS-15/1982), cu rezolvarea medico - socială a bolnavilor şi a cauzelor îmbolnăvirii ;

- interzicerea avortului (legea 3/1978) cu excepţia unor situaţii cînd pune în pericol viaţa mamei (decret 77o/1966 şi decret 53/1972) ;

- priorităţi la repartizarea de locuinţe din fondul locativ de stat pentru familii cu copii ;

- creierea şi dezvoltarea instituţiilor sociale destinate creşterii, educării, ocrotirii şi asistenţei medicale a copiilor .

c) Ocrotirea femeii, mamei, copilului şi tineretului şi a sănătăţii lor se realizează în cadrul sistemului organizatoric politico - administrativ al puterii şi administraţiei statului (central şi local), care organizează şi conduce întreaga activitate economică, socială şi culturală (vezi capit.4.4.) .

Pe plan mondial, ONU - conform principiilor Cartei sale - se ocupă în mod constant de ocrotirea şi sănătatea femeii, mamei, copilului şi tineretului. Rezoluţiile adoptate de adunările generale, majoritatea programelor şi direcţionarea eforturilor comune vizează în primul rînd ameliorarea situaţiei femeii,copilului şi tineretului, şi a sănătăţii acestora, în toate teritoriile de pe glob.

Organismele şi instituţiile sale de specialitate (schema 11) : Consiliul Economic şi Social (ECOSOC), Programul ONU pentru Dezvoltare (PNUD), Fondurile ONU pentru Copil (FISE), Organizaţia pentru Alimentaţie şi Agricultură (FAO), Organizaţia Internaţională a Muncii (OIT), Organizaţia pentru Educaţie, Stiinţă şi Cultură (UNESCO) etc. prin programe proprii sau în colaborare cu OMS urmăresc - cel puţin în parte - realizarea sănătăţii copilului, cunoscînd relaţiile ce există între sănătatea, educaţia şi bunăstarea lui, pe de o parte şi dezvoltarea social economică a teritoriului, pe de altă parte . In acelaş scop, Adunarea Generală ONU a proclamat anul 1979 ca an internaţional al copilului cu tema " Sănătatea copilului - viitorul lumii" pentru ca guvernele, organizaţiile neguvernamentale şi fiecare colectivitate să întreprindă acţiuni în favoarea copilului, beneficiar şi viitor participant la procesul de dezvoltare .

OMS şi birourile sale regionale (schema 12) au ca prioritate să se realizeze unul din principiile înscrise în Constituţia OMS : " de a face să progre-

seze acţiunea în favoarea sănătăţii şi bunăstării mamei şi copilului". In acest scop, programele proprii - punînd accentul pe sănătatea familiei - dezvoltă cercetările de genetică umană, de chimie şi biologie a reproducerii umane, iar în cadrul programului OMS de "asigurare a sănătăţii pentru toţi pînă în anul 2000" punctul logic de plecare - în realizarea obiectivului - îl reprezintă obţinerea unei sănătăţi mai bune a mamei şi copilului în toate teritoriile şi mai ales în cele defavorizate (zonele slab dezvoltate şi rurale), asigurînd şi dezvoltînd - în cadrul unui complex de măsuri social - economice - îngrijirile primare de sănătate - în primul rînd - pentru familie, mamă şi copil. Condiţiile elemeentare pentru sănătatea acestor grupuri presupun acţiuni social - economice şi sanitare care să asigure : promovarea alimentaţiei şi nutriţiei, aprovizionarea cu apă suficientă şi sănătoasă, măsuri de bază de asanare, educaţia sanitară eficace în prevenirea bolilor, protecţia materno - infantilă, vaccinarea, prevenirea şi combaterea endemiilor locale, tratamentul bolilor şi traumatismelor curente, asigurarea populaţiei cu medicamentele esenţiale .

6.1.4.- Asistenţa medicală a mamei, copilului şi tineretului în R.S. România

Pe plan naţional, conducerea - îndrumarea şi controlul asistenţei medicale a mamei, copilului şi tineretului se realizează de Ministerul Sănătăţii, în a cărei structură organizatorică internă funcţionează Serviciul de Ocrotire a Mamei, Copilului şi Tineretului din cadrul Direcţiei Asistenţei Medicale. In problemele de specialitate (cercetare ştiinţifică, instrucţiuni privind profilaxia, diagnosticul şi tratamentul) este ajutat de Institutul de Ocrotire a Mamei şi Copilului. Pentru teritoriul mai multor judeţe, îndrumarea şi controlul de specialitate sînt asigurate de clinicile de obstetrică-ginecologie şi de pediatrie ale Institutelor de Medicină şi Farmacie. In continuarea sistemului organizatoric (vezi fig. 76, 77 şi schema 13) în teritoriul judeţelor, organizarea - îndrumarea şi controlul asistenţei medicale a mamei, copilului şi tineretului, sînt execu - tate de direcţia sanitară cu medicul său inspector şi cu secţiile de obstetrică-ginecologie, de pediatrie din spitalul judeţean - împreună cu alte secţii de specialitate şi unităţi sanitare judeţene. Asigurarea aplicării şi realizării programului sanitar şi a asistenţei medicale a mamei - copilului şi tineretului la nivel teritorial se execută de întregul sistem sanitar teritorial (vezi schemele 76,77,78 fig. 14 şi 15) . In acest sistem teritorial, atribuţiile principale revin spitalului orăşenesc în complexul său : secţiile din spital şi serviciile din policlinică de obstetrică - ginecologie şi de pediatrie cu dispensarele medicale (urbane, rurale, de întreprinderi şi şcolare) arondate spitalului. In realizarea aceloraşi obiective participă celelalte secţii şi servicii de specialitate din spital şi policlinică şi alte unităţi sanitare cu sarcini în acelaş

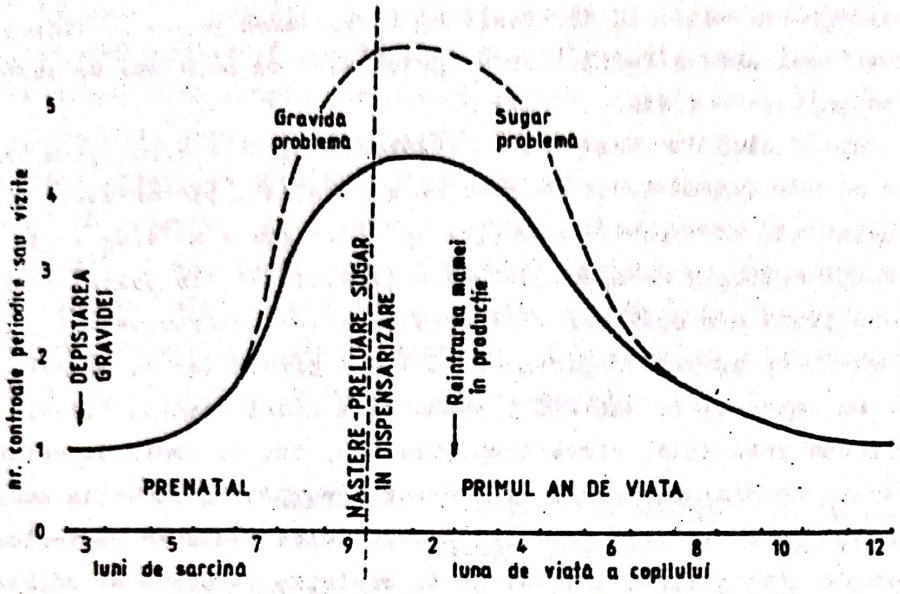
teritoriu (sanatorii, preventorii, serviciul de salvare, laboratorul de epidemiologie, creşe, leagăne, unităţi farmaceutice) .

Asistenţa medicală de obstetrică - ginecologie se realizează după principiile teritorializării, ierarhizării şi integrării de către dispensarele medicale (urbane, rurale, de întreprindere şi şcolare), policlinica şi spitalul teritorial aplicînd supravegherea medicală diferenţiată (depistarea precoce, dispensarizarea şi rezolvarea) mai ales a familiilor şi grupurilor cu probleme de sănătate (cu patologie medicală şi socială) .

La nivelul eşalonului de bază (la dispensarul medical rural şi urban) se asigură asistenţa şi rezolvarea medico - socială a gravidei, parturientei şi lăuzei , acestea completîndu-se - pentru cazurile cu dificultate de diagnostic şi tratament - cu asistenţa medicală de specialitate a serviciului din policlinică şi a secţiei de specialitate din spitalul teritorial. Medicul dispensarului , ajutat de cadrul mediu sanitar, asigură depistarea activă a gravidelor în primul trimestru de sarcină cu care ocazie execută : examenul medical complet (clinic general şi local, tensiunea arterială, cîntărirea gravidei, examen sumar de urină, seroreacţia BW), precizarea diagnosticului şi a vîrstei sarcinii, educaţia sanitară, luarea în evidenţă şi stabilirea ritmului controalelor medicale periodice ulterioare. In raport de diagnosticul iniţial şi de evoluţia sarcinii şi sănătăţii gravidei, medicul dispensarului îndrumă gravidele problemă la serviciul de specialitate din policlinică, reţinînd pentru naştere în casa de naşteri a dispensarului comunal (acolo unde există) numai naşterile fiziologice. Supravegherea medicală activă în perioada sarcinii de către dispensarul medical se face prin controale medicale (de către medic) şi vizite (de către moaşă) periodice într-un ritm ce creşte cu vîrsta sarcinii şi cu starea de nesănătate a gravidei, redate pentru orientare în schema 24 . La controalele medicale periodice (consultaţiile prenatale) - executate la dispensar într-o zi fixă din săptămînă - se fac în completare şi alte examene clinice şi de laborator în raport cu sănătatea gravidei şi evoluţia sarcinii, (examen şi tratament stomatologic, vitaminizare, vaccinări). In ultimul trimestru de sarcină se execută obligator cea de a doua seroreacţie BW, iar în ultima lună de sarcină se definitivează serviciul medical unde să aibă loc naşterea. Vizitele moaşei se execută la domiciliul gravidei cu o periodicitate diferenţiată (pentru gravide fiziologice şi gravide problemă) într-un număr de cel puţin al consultaţiilor prenatale : edată pe lună pînă la luna a 6-a, bilunar în luna a 7-a şi a 8-a şi săptămînal pentru luna a 9-a (pentru gravidele fiziologice). Pentru gravidele problemă numărul consultaţiilor şi vizitelor prenatale au un ritm mai frecvent (schema 24) şi o mai mare complexitate. In mediul urban dispensarizarea gravidelor problemă revine ca obligaţie serviciului de specialitate din policlinică. Consultaţiile şi vizitele prenatale asigură desfăşurarea sarcinii în parametri normali şi depistarea din timp a cazurilor

cu risc crescut, care luate în evidenţă specială sînt recuperabile. Consultaţia prenatală este veriga principală în scăderea mortalităţii materne . In perioada sarcinii, dispen - sarul medical are obligaţia să ţină- cu grupe de gravi- de - cursul "şcoa- la mamei ", în do- uă cicluri de lec- ţii ce să cuprin - dă: alimentaţia, îngrijirea corpu - lui, îmbrăcămintea, încălţămintea, lo- cuinţa, munca, odih- na, elemente des - pre evoluţia sar- cinii, drepturile din cadrul asigu - rărilor sociale de stat, în ciclul I şi alimentaţia, igiena şi îngrijirea sugarului, îmbrăcămintea, baia, călirea or- ganismului, programul zilnic şi semnele elementare de suferinţă din principalele boli ale sugarului cu necesitatea anunţării precoce a cadrului mediu sanitar, în asemenea cazuri (în ciclu II).

Schema 24 - Ritmul orientativ al controalelor medicale periodice şi al vizitelor cadrelor medii pentru gravidele şi sugarii fără, sau cu probleme de sănătate, familiale şi sociale



După naştere, supravegherea avoluţiei lăuziei şi aplicării instrucţiei sanitare se face de către moaşă, de preferat, prin vizite zilnice în primele zece zile şi săptămînal pînă la 21 zile. In această perioadă, moaşa cooperează cu sora de ocrotire.

Serviciul de obstetrică - ginecologie din policlinica orăşenească teritorială execută precizarea diagnosticului şi conduitei generale şi terapeutice pentru gravidele îndrumate de dispensarele medicale teritoriale (urbane şi rurale) şi preia în dispensarizare gravidele problemă din teritoriul urban .

Secţia de obstetrică - ginecologie din spitalul orăşenesc asigură asis- tenţa medicală la naştere a gravidelor din teritoriul urban şi rural arondat (ex- clusiv sarcinile fiziologice din comunele ce au casă de naşteri). In teritoriul atribuit-asigură coordonarea programului de sănătate al femeii şi mamei (organi- zatoric, asistenţă medicală, cercetare ştiinţifică, instruirea cadrelor medicale superioare şi medii etc) .

Dispensarul medical teritorial, cu ajutorul medicului de specialitate din policlinică, asigură depistarea, diagnosticul şi dispensarizarea - şi a ce- lorlalte priorităţi în programul sanitar : cancerul de col uterin, cancerul ma -

mar, ginecopatiile , sterilitatea, boli cronice mai frecvente la femeile din teritoriu .

Asistenta medicală a copilului şi tineretului se asigură după aceleaşi principii (teritorializare, ierarhizare şi integrare) de către dispensarele medicale (urbane, rurale şi şcolare), policlinica şi spitalul orăşenesc teritorial- cu cooperarea celorlalte unităţi sanitare teritoriale şi a serviciilor de pediatrie de la eşalonul medical superior - integrînd preventivul în toate acţiunile şi activităţile medicale şi avînd ca metodă de acţiune supravegherea medicală activă şi diferenţiată a tuturor familiilor şi copiilor în teritoriul fiecărei circumscripţii sanitare şi în special a celor cu riscuri de alterare a sănătăţii .

Această activitate medicală pentru sănătatea copilului, predominent profilactică, începe de la controalele medicale prenatale şi pregătirea mamei şi a condiţiilor necesare în familie, cu examenul clinic complet la naşterea copilului, preluarea sugarului din maternitate de către sora de ocrotire a circumscripţiei sanitare teritoriale şi apoi vizitarea lui în familie de către medicul dispensarului şi sora de ocrotire în primele două zile după ieşirea din maternitate. La această primă examinare la domiciliu se ia în evidenţă şi se completează fişa, se apreciază gradul de maturitate şi de sănătate a sugarului, condiţiile din familie, nivelul cultural - sanitar al mamei şi factorii de risc pentru copil ; în raport de acestea - în cadrul dispensarizării - se stabilesc mamei măsurile de îngrijire şi de alimentaţie a sugarului, iar pentru sora de ocrotire şi medic - ritmul vizitării, cunoscînd că sugarul sănătos în prima lui lună de viaţă şi sugarul de orice vîrstă ce se îmbolnăveşte se consultă în familie. După această primă examinare a sugarului la domiciliu, sora de ocrotire vizitează copilul în familie la două zile în prima săptămînă supraveghind evoluţia copilului (dezvoltarea fizică şi psihică, apariţia rahitismului, distrofiei, boli etc) îndrumă mama prin sfaturi şi demonstraţii practice. In continuare, vizitele sorei de ocrotire se răresc : săptămînale, bilunare şi lunare către prima aniversare (schema 24), consemnînd în fişa copilului şi carnetul său de activitate şi informînd medicul dispensarului . De la a doua lună de viaţă medicul examinează copilul la dispensar în cadrul consultaţiilor de puericultură dintr-o zi fixă pe săptămînă făcînd bilanţul evoluţiei dezvoltării şi sănătăţii sugarului şi dînd mamei indicaţiile necesare în continuare. Ritmul acestor examinări profilactice se reduce cu cît vîrsta copilului creşte, dar totdeauna frecvenţa acestora este mai mare pentru sugarii problemă, ce fac obiectul unei " evidenţe speciale" (prematuri, distrofici, rahitici, familii neînchegate sau dezorganizate), bolnavi cronici, care se îmbolnăveşte repetat etc) , ele fiind completate cu vizite la domiciliu în momentele mai importante : reintrarea mamei în producţie, începerea alimentaţiei mixte sau artificiale , erupţia dentară etc. (schema 24). Evoluţia dezvoltării şi sănătăţii copilului la aceste momente mai importante sînt consemnate în fişa copilului, alături de îmbolnăviri, imunizări etc. Eficacitatea dis-

pensarizării diferenţiate a sugarilor rezultă din creşterea copiilor alimentaţi natural şi apoi hrăniţi în mod corect, în creşterea numărului de copii ce se dezvoltă normal şi nu se îmbolnăvesc sau nu fac boli grave ori de lungă durată, cît şi din scăderea mortalităţii infantile .

Şi la celelalte vîrste ale copilului, asistenţa lui medicală este dominată de examinări profilactice : în vederea primirii în colectivităţi (creşă, grădiniţă, şcoală) , triajul epidemiologic din colectivităţi, examenele medicale anuale şi de etapă la şcolari, controlul periodic în cadrul dispensarizării copiilor problemă şi al bolnavilor (tabel 73).

In acelaş scop, al evitării riscului infecţiilor, clădirile dispensarului, policlinicii şi spitalului sînt prevăzute cu circuite ce au rolul să separe adulţii de copii, să asigure examinarea, reţinerea copiilor suspecţi de boli transmisibile şi rezolvarea acestora (filtru cu izolator - schema 19) .

In creşterea eficacităţii activităţilor medicale pentru copil este important să se reţină că dispensarul medical teritorial tinde să fie destinat examinărilor profilactice şi asigurării urgenţelor, iar depistarea şi rezolvarea precoce a copiilor bolnavi sînt necesare a se asigura la domiciliu, pentru că în familie sînt atît factori cauzali cît şi rezolvarea acestora .

Serviciul de pediatrie din policlinica orăşenească teritorială asigură precizarea diagnosticului şi tratamentului pentru copiii trimişi de dispensarele medicale cît şi îndrumarea dispensarelor medicale teritoriale şi din colectivităţi cu rezolvarea în comun a cazurilor de către medicul de specialitate şi medicul dispensarului .

Secţia de pediatrie şi de alte specialităţi din spitalul orăşenesc asigură diagnosticul şi tratamentul cazurilor ce n-au putut fi rezolvate de dispensar şi policlinică şi coordonează aplicarea şi îndeplinirea programului teritorial de sănătate al copilului, împreună cu celelalte unităţi sanitare menţionate în capitolele anterioare (creşe, leagăne, sanatorii, preventorii , etc) .

6.1.5.- Principalele componente ale unui program teritorial de sănătate a mamei, copilului şi tineretului

Ca şi pentru boli sau pentru celelalte grupuri de populaţie, acest program face parte din programul de sănătate al întregii populaţii şi operează în sistemul teritorial global al ocrotirii sănătăţii şi al asistenţei medicale . Ca urmare, chiar dacă se elaborează şi separat, el face parte şi angajează întregul sistem teritorial de ocrotire a sănătăţii şi de asistenţă medicală - deci şi social - economic - dată fiind interdependenţa acestora .

In elaborarea separată a unui program de sănătate a mamei, copilului şi tineretului, principalele lui elemente sînt următoarele :

a) Starea de sănătate şi de morbiditate ale acestor grupuri de popu -

lație din ultima perioadă de timp, particularitățile și tendința ce o au prin nivelele și ponderea lor cît și prin consecințele ce le generează. Din acestea rezultă vîrste, familii, subteritorii etc. cu bolile frecvente, ce se repetă sau se asociază ori cu gravități deosebite ;

b) Factorii din familie, din colectivitate, din mediul și modul de muncă ce condiționează și întrețin morbiditatea și consecințele acesteia ;

c) Posibilitățile de cadre și servicii medicale, materiale și financiare, de participare a altor sectoare ale vieții social - economice - existente , adaptabile și posibile - pentru ameliorarea sănătății acestor grupuri de populație ;

d) Stabilirea măsurilor de ordin social, economic, cultural și medical, axate pe familii și subgrupe (vîrste, subteritorii, ocupații, nivele de instruire, stare civilă etc), cu ordonarea acțiunilor sub formă de priorități și cu responsabilități și termen de execuție pentru fiecare sector. Instruirea generală și sanitară a adolescenților pentru rolul lor de viitori părinți necesită organizată prioritar, cooperant și fără omisiuni ;

e) Evaluarea periodică a programului și corectarea lui necesară .

Relativ la actuala stare de sănătate a mamei și copilului de pe glob se pot desprinde următoarele principale aspecte :

- rămîne în continuare una din marile probleme social - economice și medicale ale colectivităților teritoriale, toate mamele și toți copii - indiferent de stadiul de dezvoltare a teritoriului în care se află - avînd nevoie de acțiuni privitoare de ocrotire a sănătății și de asistență medicală ;

- în toate teritoriile - și mai ales în cele în curs de dezvoltare - starea nefavorabilă de sănătate a mamei și copilului este condiționată și întreținută de numeroși factori (biologici, sociali, economici, culturali și medicali) ce se asociază variat și dau tablouri particulare fiecărui teritoriu . Intrucît la aceiași factori sau intensitate a lor, organismele sînt afectate în grade diferite se impune prioritar măsuri de întărire a rezistenței a organismului și concomitent de evitare a riscurilor. Aceasta înseamnă promovarea factorilor de protecție (alimentație rațională, sport, mod rațional de viață etc) asociată cu imunizări active la copii și educație sanitară a viitorilor părinți ;

- pentru o sănătate mai bună a mamei și copilului, dată fiind condiționarea ei de factori multipli, serviciile medicale nu pot singure să o rezolve. Sănătatea lor este egală cu rezolvarea factorilor ce o condiționează și nu numai cu medicina, Cooperarea tuturor sectoarelor vieții social - economice, inclusiv a serviciilor medicale și a fiecărei familii reprezintă soluția completă ;

- în redresarea unei situații nefavorabile a sănătății mamei și copilului dintr-un teritoriu e necesar un dublu efort : al suportării consecințelor sociale și economice ale morbidității actuale și al " investițiilor " mai mari

pentru viitor. Obţinerea unei colectivităţi viitoare mai sănătoase va aduce nu numai avantagii umanitare ci şi beneficii sociale şi economice pentru colecti - vitate : reducerea consecinţelor economice produse de morbiditate şi participarea sănătăţii lor cu o pondere şi o rată mai mare la dezvoltarea socială .

6.2.- Oamenii muncii din producţia socială

Persoanele de vîrste active (practic între 15 şi 65 ani) reprezintă un alt mare grup în populaţia teritorială. Numărul lor şi ponderea acestui grup pe teritorii variază cu efectivul total şi cu ponderea vîrstelor tinere şi avansate a colectivităţilor , (între 56 % pentru regiunile în dezvoltare şi 65 % în cele dezvoltate economic) . Cuprinderea efectivă în producţia socială, repartizarea în activităţile sectoarelor economice (agricol, industrie şi servicii publice) şi sănătatea lor au pe glob o mare diversitate şi diferă în raport cu sistemul social - politic şi cu gradul de dezvoltare economică a teritoriilor .

6.2.1.- Importanţa pentru colectivitate şi pentru serviciile medicale

Populaţia ocupată în muncă este nu numai numeroasă (1o,4 milioane în ţara noastră la sfîrşitul anului 198o sau 47 % din totalul populaţiei) dar ea este şi partea din populaţie care asigură producerea bunurilor materiale şi spirituale necesare vieţii tuturor şi progresului întregii colectivităţi .

Munca este nu numai un important izvor de bunăstare, ci - bine adaptată la capacităţile şi limitele umane - ea constituie şi un preţios factor de sănătate . Efortul fizic sănătos produce o bună dezvoltare fizică iar satisfacţia morală a muncii realizează un bun efect asupra sănătăţii mintale .

Totuşi, în procesul muncii pot să apară solicitări exagerate, îmbolnăviri ori traumatisme determinate de factorii fizici, chimici, biologici, psihosociali sau ergonomici din mediul de muncă .

Caracteristicile şi condiţiile de muncă din agricultură, din marile concentrări industriale (cu riscuri pentru sănătatea oamenilor muncii şi pentru populaţia limitrofă), dezvoltarea mecanizării şi a automatizării pot avea consecinţe nedorite asupra organismului uman cu apariţia unei patologii specifice sau rezultată din agravarea patologiei cronice generale .

La consecinţele personale şi familiale, ale consumului medical şi financiar pe care bolile le dau la oricare vîrste se adaugă absenteismul cu per -

turbarea orgabizării producţiei şi consumul din bugetul de asigurări seciale şi sanitar , proporţional cu gravitaţea şi durata bolii (aproximativ egal cu 2-4% din c/v productivităţii muncii) .

Acestea creiază o problematică particulară colectivităţilor ocupaţio - nale, ce argumentează în plus pentru măsuri prioritare, din partea conducerii unităţii şi a serviciilor medicale, pentru promovarea - apărarea şi refacerea sănătăţii oamenilor muncii .

6.2.2.- Principalele probleme de sănătate şi factorii ce le condiţionează

Starea de sănătate a populaţiei ocupate în producţia socială depinde de sănătatea cu care se vine de la vîrstele anterioare, de morbiditatea terito - riului şi a familiei, de comportamentul individual faţă de sănătate, de factorii generali şi specifici din mediul şi modul de muncă . Acestea dau variate tablo - uri de morbiditate, pe sexe şi cu înaintarea în vîrstă, în care formele lor mai deosebite, bolile condiţionat profesionale, bolile profesionale şi traumatisme - le - cu incapacitatea de muncă ce o dau - particularizează tabloul pe secţii, întreprinderi, ramuri industriale şi economice .

In lume, principalele probleme de sănătate ale vîrstelor active le pun : muncitorii agricoli, din micile industrii şi exploatări miniere - ce repre- zintă majoritatea forţei de muncă mai ales în teritoriile în curs de dezvoltare, muncitorii imigranţi şi muncitorii din marile unităţi industriale din teritorii- le dezvoltare economic .

Muncitorii din agricultură au numeroase prpbleme de sănătate, din care cele datorită riscurilor profesionale sînt reprezentate de : zoonoze, intoxica- ţiile cu pesticide (mai ales cu substanţe organofosforate), tulburări respira - torii datorită pulberilor organice şi vegetale, traumatisme la folosirea maşi - nilor agricole .

Mica industrie (inclusiv activitatea industrială la domiciliu) şi mi- cile exploatări minere - existente şi în ţările dezvoltate - pun, în unele te - ritorii de pe glob, prpbleme de sănătate mai importante decît în marile între- prinderi : intoxicaţii, accidente, angajări de grupe vulnerabile (adolescenţi, vîrstnici, invalizi) .

Muncitorii imigraţi au alte probleme ce intră în relaţie cu sănătatea lor : în general foarte tineri şi foarte vulnerabili datorită neadaptării la mo- dul de viaţă şi de muncă, climatul diferit, obiceiurile alimentare şi de viaţă, costul ridicat al vieţii, locuinţă neadecvată, tipul şi ritmul de muncă , fără experienţă pentru viaţa urbană agitată, lucrează în meserii mai puţin plăcute şi prost retribuite. Tensiunile acestor situaţii şi izolarea socială duc frec - vent la depresiuni nervoase şi tulburări psihosomatice ce favorizează alcoolis-

Scanned with OKEN Scanner

mul şi măresc riscul îmbolnăvirilor , traumatismelor şi intoxicaţiilor.

Problematica din ţările dezvoltate este de ant gen : tehnologia modernă, expunerea la asociaţie de riscuri (fizici, chimici, biologici), factori psihosociali diferiţi (automatizarea, creşterea gradului de responsabilitate, turele de lucru, monotonia şi viteza muncii etc) la care se adaugă influenţa abuzului de tutun, alcool şi alimentaţie pe un fond de morbiditate teritorială dau alte priorităţi de sănătate în aceste teritorii .

In general, schimbările mediului de muncă au modificat patologia acestor colectivităţi ocupaţionale reducînd frecvenţa şi gravitatea bolilor profesionale clasice şi multiplicînd tulburările psihosomatice, nevrozele, bolile cardio-vasculare, digestive şi locomotorii .

In ţara noastră, procesul rapid de industrializare şi de modernizare a tuturor sectoarelor economiei a schimbat structura ocupaţională, în care - pentru anul 1980 x) - predomină sectorul secundar (al industriei şi construcţiilor) cu 44 % din totalul populaţiei ocupate, urmat de sectorul primar (al agriculturii şi silviculturii) cu 30 % şi cel al serviciilor publice cu 26 %. Paralel cu îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă, de muncă şi sanitare, cu asigurarea unui mare şi variat volum de activităţi profilactice, s-a modificat favorabil şi tabloul morbidităţii a populaţiei ocupate în producţia socială : a scăzut frecvenţa bolilor profesionale, a accidentelor şi absenteismului din producţie datorită bolilor generale (vezi fig. 16). Actualul tablou al morbidităţii, cu sau fără incapacitate de muncă este dominat de bolile generale ale acestor vîrste la care contribuie şi factorii din mediul de muncă sau în legătură cu activitatea ocupaţioanlă (veti fig. 18 şi 20) : bolile acute respiratorii repetate, traumatismele, ginecopatiile, bolile digestive (gastritele şi maladia ulceroasă), nevrozele, afecţiunile aparatului locomotor (de origine reumatică, traumatică şi neurologică), hipertensiunea arterială şi cardiopatia ischemică ş.a. Tabloul morbidităţii cu incapacitate de muncă variază cu structura pe vîrste şi sexe a personalului, cu morbiditatea generală şi cu riscurile mai mari sau asocierea de riscuri de la locurile de muncă în industria extractivă, textilă şi confecţii, exploatare forestieră, şi prelucrarea lemnului etc (vezi fig. 17). Mortalitatea la aceste vîrste (15 - 64 ani), mai redusă la sexul feminin şi în creştere cu vîrsta, are în tabloul actual bolile generale ale populaţiei : cardiovasculare, tumorile, traumatismele, digestive, respiratorii ş.a. condiţionate de factorii generali şi mai puţin de cei în legătură cu activitatea ocupaţională (tabel 82). Aceste tablouri ale morbidităţii şi mortalităţii pun probleme importante pentru serviciile medicale, familie şi pentru organizarea proceselor de producţie . Puţine profesiuni sînt care să nu aibă cel puţin un factor de risc pentru sănătate sau care să nu agraveze efectele factorilor din familie, din mediul civic

x) Sursa : Annuarul statistic al RSR - 1981, pag. 121

din familie, din mediul civic de viaţă sau a celor comportamentali. Aceşti factori sînt foarte numeroşi, deseori se asociază şi îşi potenţează acţiunea şi dau efecte suprasacute şi acute (intoxicaţii şi traumatisme f.grave - ce suprasolicită măsuri imediate de rezolvare) şi obişnuit efecte cronice ce apar tardiv, trec neobservate şi care sînt mult mai numeroase ca cele acute. Pentru rezolvarea acestora din urmă sînt necesare studii experimentale şi epidemiologice laborioase, tehnici pretenţioase şi cooperări multidisciplinare. Totuşi, factorii cauzali şi cu risc de îmbolnăvire din mediul şi modul de muncă sînt mai uşor de cunoscut şi de stăpînit decît cei din mediul şi modul de viaţă (mai complexi şi mai dificili de identificat) .

Tabel 82- MORTALITATEA PE CLASE DE BOLI, SEXE SI GRUPE DE VIRSTA LA POPULATIA ECONOMIC ACTIVA IN ROMANIA- 1978 (decese la 100000 loc.)

grupe de virstă / Clasa de boli	15-64 ani			ambele sexe				
	T	M	F	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
1. Boli cardio-vasculare	96,9	116,5	77,9	8,0	21,5	72,9	223,4	669,5
2. Tumori	65,1	71,8	58,5	9,6	28,2	61,4	172,5	373,1
3. Traumatisme, otrăviri	44,6	72,2	17,8	52,7	61,8	75,5	85,1	83,5
4. Boli ap. digestiv	19,8	26,6	13,2	3,5	6,4	21,2	54,3	105,1
5 Boli ap. respirator	19,3	26,7	11,8	5,7	6,9	19,5	42,4	115,4
6. Boli genito-urinare	5,2	5,6	4,7	2,2	3,6	6,1	12,3	23,8
7. Boli infecţioase	4,2	6,5	1,9	1,8	3,0	4,9	11,2	13,8
8. Boli sist. nerv., org. simţ	3,9	4,8	3,0	4,8	4,1	4,2	7,8	8,8
9. Tulb. mintale	2,6	4,0	1,1	0,3	1,5	5,9	7,6	6,7
10. Complic. sarcină, naştere	-	-	4,9	9,6	18,6	6,9	-	-
11. Boli endocrine, metab.	2,2	2,0	2,4	0,8	1,1	2,3	4,9	11,9
12. Boli osteo-artic.	0,5	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	1,0	1,5
13. Anom. congenitale	0,5	0,6	0,5	1,3	0,8	0,4	0,8	0,5
14. Boli de sînge	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3	0,2	0,7	1,2
15 Boli de piele	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,6	1,1
TOTAL	268,6	339,3	199,4	97,1	141,1	203,7	626,2	1417,8

6.2.3.- Organizarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a oamenilor muncii din R.S.România

Pe plan mondial, Organizaţia Internaţională a Muncii - OIM (prima instituţie de specialitate a ONU, creată în 1919) şi OMS (schema 11) prin programe proprii sau în colaborare, urmăresc - în special - să se obţină condiţii satisfăcătoare de muncă şi o sănătate mai bună pentru oamenii muncii de pretutindeni, condiţie de bază pentru bunăstare şi dezvoltare economico - socială teritorială .

In ţara noastră, preocupările de medicină industrială încep prin " Regulamentul pentru industriile insalubre " (1889) urmare a Legii Sanitare din 1885. In anul 1897 se legiferează dreptul la odihnă săptămînală a muncitorilor industriali (" Legea repaosului duminical"), iar în " Legea meseriilor " (1902) se fac referiri la vîrsta minimă şi programul de lucru al tineretului. In 1913 se înfiinţează Casa Asigurărilor Sociale, ce urma să se ocupe de asistenţa medicală a muncitorilor, iar în 1933 - prin înfiinţarea în Ministerul Sănătăţii a " Comisiei salubrităţii şi igienei industriale " - se încearcă preocupări de igiena muncii .

După 1948, asistenţa medicală a muncitorilor se organizează pe noi baze şi se dezvoltă prin " Reforma Asigurărilor Sociale ", naţionalizarea spitalelor şi sanatoriilor şi prin preluarea de către stat a răspunderii de ocrotire a sănătăţii şi de asistenţă medicală a muncitorilor .

Scanned with OKEN Scanner

Din 1951 Centrul de igiena muncii şi patologie profesională, împreună cu sectoarele de igiena muncii (ulterior medicina muncii) din centrele sani - taro - antiepidemice şi Institutele de Igienă au desfăşurat ample activităţi în domeniul igienii muncii şi bolilor profesionale .

Promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii oamenilor muncii, una din cele mai importante sarcini ale statului nostru socialist, înscrisă în Constituţia ţării (art. 18), se realizează în cadrul sistemului organizatoric statal (schema 13) prin măsuri complexe - economice, sociale, culturale şi sanitare, prin participarea unităţilor economice, a organizaţiilor sindicale şi a serviciilor medicale. Ele au la bază principiile de ocrotire a sănătăţii legislaţia so - cială, de protecţia muncii şi sanitară şi urmăresc :

- întărirea sănătăţii şi capacităţii de muncă ;
- reducerea morbidităţii generale şi cu incapacitate de muncă (a celei temporare şi a invalidităţii) ;
- scăderea continuă a numărului şi gravităţii bolilor profesionale şi a accidentelor de muncă.

In realizarea acestora operează toate principiile de ocrotire a sănătăţii, dar mai ales cel profilactic şi al accesibilităţii asistenţei medicale.

Aplicarea principiului profilactic urmăreşte - în primul rînd - să se obţină cunoaşterea şi rezolvarea factorilor cauzali de îmbolnăvire, precum şi depistarea şi rezolvarea precoce a bolii şi bolnavilor. Principalele lui forme în practica asistenţei medicale din întreprinderi sînt :

a) - activitatea de igienă, protecţia muncii şi de epidemiologie desfăşurată de către dispensarul medical al întreprinderii, de spitalul şi CSA teritorial pentru cunoaşterea condiţiilor de muncă, a factorilor ce pot condiţiona sănătatea personalului, a modului cum se aplică şi se respectă normele de igienă, de protecţie şi de tehnica securităţii muncii (conf. prevederilor legii 5/1965, legii 1o/1972 şi legii 3/19787). In cadrul acestui grup de activităţi se mai execută : urmărirea igienizării locurilor de muncă, a aprovizionării cu apă potabilă şi a îndepărtării rezidiilor, igiena colectivităţilor (cămine, şcoli profesionale),igiena alimentaţiei individuale şi colective etc. Pentru prevenirea şi combaterea bolilor transmisibile se execută : vaccinări (conf. calendarului teritorial), triaje epidemiologice şi măsuri antiepidemice corespunzătoare în cazul apariţiei de îmbolnăviri. In reducerea bolilor netransmisibile (inclusiv a bolilor profesionale şi accidentelor), dispensarul medical execută studii epidemiologice pentru a evalua situaţiile particulare (factori cauzali, asociaţiile lor) şi pentru a stabili - pe baza lor - priorităţi în programul sanitar . Conducerile unităţilor şi a locurilor de muncă sînt obligate să asigure şi să ia măsuri de respectarea normelor de igienă şi de protecţia muncii, pentru eliminarea factorilor nocivi şi de prevenire a bolilor profesionale (legea 5/965 şi legea 3/1978);

b) <u>examinarea medicală pentru încadrarea în muncă şi orientare în profesiune</u> - obligatorie înaintea tuturor celorlalte forme de examinare (conf. prevederilor legii 12/1971, legii 1o/1972 şi legii 3/1978) - se face la solicitarea întreprinderii care are obligaţia să precizeze, în fişa medicală înmînată candidatului, funcţia şi locul de muncă unde ar urma să lucreze . Dispensarul medical al unităţii , cunoscînd condiţiile specifice a diferitelor locuri de muncă şi profesiuni, apreciază (cu ajutorul policlinicii) dacă starea sănătăţii permite prestarea muncii în postul ce ar urma să fie ocupat pe baza examenului clinic şi cu laboratorul conf. normelor tehnice aprobate prin ordinul Min. Sănătăţii nr. 15/1982 ;

c) <u>controlul medical periodic</u> se efectuiază obligatoriu întregului personal muncitor, ucenicilor, practicanţilor, elevilor şi studenţilor (conf. legii 3/1978 şi ordinului M.S. nr. 15/1982) prin examene clinice, de laborator şi specializate, începînd cu adaptarea în muncă după angajare, la intervale de timp în raport cu riscul de îmbolnăvire de la locul de muncă şi cu starea organismului persoanei (vezi tabel 73 şi pag. 283) . Anual o comisie formată din medicul de medicina muncii, medicul şef al policlinicii şi medicul dispensarului unităţii stabilesc persoanele care vor fi controlate medical, felul şi frecvenţa examenelor. Conducerile unităţilor sînt obligate să asigure, cu sprijinul organelor medicale şi de tineret, prezentarea personalului muncitor la controlul medical periodic şi să aplice recomandările rezultate din examenele efectuate. Planificarea şi evidenţa examenelor medicale se păstrează la dispensarul medical al unităţii iar rezultatele se înscriu în fişa medicală a persoanei ;

d) <u>dispensarizarea cu rezolvarea medico - socială şi educaţia sanitară</u> se realizează de serviciile medicale - ca şi formele anterioare - în mod activ şi diferenţiat, în raport cu riscul de îmbolnăvire a locului de muncă şi starea sănătăţii persoanei în scop de a preveni îmbolnăvirea sau agravarea bolii. Pentru protecţia sau refacerea sănătăţii personalului, medicul întreprinderii aplică sau recomandă măsuri medico - sociale şi în principal (vezi capitol 5.1.3.) :

- reducerea programului de lucru, schimbarea (pe o durată de timp sau definitivă) a locului de muncă ;

- trimiterea în staţiuni balneo - climatice, asigurarea alimentaţiei dietetice şi de protecţie etc.

Pentru realizarea tuturor activităţilor profilactice cu participarea avizată a personalului muncitor, dispensarul medical aplică în mod organizat variate forme de educaţie sanitară (vezi cap. 5.2.) ţinînd seama de riscurile de îmbolnăvire a locurilor de muncă şi de implicaţiile acestora asupra sănătăţii individuale şi colective .

Celălalt principiu de bază - <u>accesibilitatea la asistenţă medicală</u> a personalului muncitor - se asigură prin gratuitatea îngrijirilor medicale şi a medicamentelor (reglementată în principal prin decretul 246/1958), prin organizarea

unităţilor medicale pentru locurile de muncă şi platformele industriale precum şi prin asigurarea priorităţilor pentru personalul muncitor în cadrul unităţilor sistemului teritorial de asistenţă medicală (fig. 76 şi 77) .

Asistenţa medicală la locul de muncă se asigură direct de către subunităţi ale spitalului de întreprindere sau spitalului teritorial (schema 14, fig. 78) în raport cu numărul personalului, amplasarea şi cu problemele pe care factorii din mediul de muncă le pun sănătăţii personalului (conf. decretului 296/1973, şi anume :

- punctul sanitar, încadrat cu cadre medii (pentru ateliere sau unităţi economice mici) ;

- dispensarul medical al întreprinderii sau de teritoriu ;

- policlinica pentru platforma industrială sau policlinica teritorială, care asigură asistenţa medicală ambulatorie de specialitate a personalului muncitor şi dispensarelor medicale de întreprindere arondate ;

- spitalul pentru întreprindere (eficient şi mai ales oportun pentru marile platforme industriale) sau spitalul teritorial ;

Unităţile medicale pentru întreprindere pot funcţiona ca unităţi deschise, acordînd asistenţă medicală personalului muncitor şi populaţiei teritoriale arondate. In ambele situaţii, structura organizatorică şi atribuţiile acestor unităţi se adaptează profilului întreprinderii (întreprinderilor), problematicii lor de sănătate (vezi cap. 4.5.1.1.) şi realizării obiectivelor şi sarcinilor de medicina muncii x). In acelaş scop, în cadrul acestora şi a altor unităţi, sînt organizate :

- cabinete de medicina muncii din dispensarele medicale şi din policlinici ;

- secţii sau compartimente de boli profesionale şi condiţionat profesionale din spitale ;

- laboratoare de medicina muncii din centrele sanitaro - antiepidemice judeţene şi din Institutele (centrele) de Igienă şi de sănătate publică zonale.

Pentru tehnicizarea cadrelor superioare şi medii ale dispensarelor, policlinicilor, spitalelor şi altor unităţi medicale ce asigură asistenţa medicală în întreprinderi - la încadrare şi periodic - este necesar să se execute instructaje şi cursuri de medicina muncii (ce dă oportunitate şi eficacitate tuturor serviciilor medicale din unităţile economice) .

Principalele grupe de sarcini a unităţilor ce asigură asistenţă medicală a întreprinderilor sînt următoarele :

- umanizarea muncii, obiectiv primordial şi esenţial de realizat în cooperare cu toate celelalte sectoare din întreprindere şi care să asigure : absenţa riscurilor (chimice, fizice, biologice etc), adaptarea maşinilor la comportamen-

---

x) Activitatea de medicina muncii în " Normele tehnice în unele domenii ale asistenţei medicale" -Min.Săn.Ed.medicală, 1974, pag. 331

tul uman, organizarea raţională a timpului de lucru şi de repaos, climat psiho - social echilibrat, etc. prin aplicarea ergonomiei şi cunoaşterea capacităţii , toleranţei şi vulnerabilităţii personalului muncitor ;

- identificarea (prin determinări de laborator şi anchete epidemiologice) a factorilor ce condiţionează sănătatea oamenilor muncii şi stabilirea priorităţilor lor (pe baza agresivităţii, asociaţiilor şi consecinţelor) în vederea eliminării sau reducerii prin acţiuni complexe ;

- activităţi de igienă şi antiepidemice eficace, în secţii şi ateliere ;

- asigurarea asistenţei medicale de urgenţă la nivelul dispensarului şi a primului ajutor la locul de muncă ;

- supravegherea şi rezolvarea diferenţiată a sănătăţii oamenilor muncii: sănătoşi din locuri de muncă cu risc de îmbolnăvire, persoane cu risc de îmbolnăvire (femei, elevi , bolnavi cronici, handicapaţi etc), prin depistarea precoce a bolii şi bolnavilor (la examenul medical la angajare, controlul periodic, consultaţii curente) şi aplicarea eficientă a dispensarizării ;

- măsuri complexe de recuperare a bolnavilor şi handicapaţilor ;

- asigurarea consultaţiilor şi tratamentelor ;

- educaţia sanitară a sănătoşilor şi bolnavilor ;

- analiza semestrială a morbidităţii, a factorilor ce o condiţionează şi a implicaţiilor ei, cu plan de măsuri complexe - prezentate în consiliul oamenilor muncii al întreprinderii .

Pentru asigurarea şi rezolvarea urgenţelor medico - chirurgicale la nivelul dispensarului medical de întreprindere sînt necesare următoarele măsuri :

- programul de lucru al medicilor se întocmeşte ca să cuprindă turele principale de lucru iar programul cadrelor medii să cuprindă toate turele de lucru ;

- pentru locurile de muncă unde accidentele de muncă sînt mai frecvente sau numărul muncitorilor este mai mare, se organizează puncte sanitare asigurate cu un cadru mediu şi dotate corespunzător spre a putea acorda primul ajutor calificat ;

- pentru locurile de muncă ce prezintă acelaşi potenţial dar prin numărul mic de muncitori nu fac posibilă încadrarea cu cadre medii, se organizează posturi de prim ajutor şi grupe sanitare care să poată interveni în cazurile de urgenţă .

In cazurile în care întreprinderile sau anumite locuri de muncă folosesc substanţe chimice care pot produce intoxicaţii, este necesar să existe antidoturile necesare şi mijloacele de îndepărtare a toxicului din organism, iar personalul să fie instruit privind modul lor de administrare .

6.2.4.- Principalele elemnete ale analizei morbidităţii şi incapacităţii de muncă datorită bolii şi ale planului de măsuri tehnico - organizatorice pentru prevenirea şi reducerea acestora

Această analiză este obligaţia conf. prevederilor legii 3/1978 (art.92) pentru dispensarul medical al întreprinderii şi se execută semestrial la nivelul întreprinderilor şi anual la centralele industriale şi pe judeţ. Materialul se întocmeşte de medicul dispensarului întreprinderii cu participarea serviciului de protecţia muncii, a sindicatului ş.a. şi se prezintă în consiliul oamenilor muncii al întreprinderii, la care este util să fie invitate : serviciul de medicina muncii din policlinică şi CSA, conducerea spitalului, a Direcţiei sanitare şi a Direcţiei Muncii. Consiliul municipal (judeţean) al sindicatelor ş.a. La nivel de judeţ analiza se întocmeşte de către Direcţia Sanitară şi CSA cu participarea Comisiei judeţene de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă , a Consiliului judeţean al Sindicatelor la care se invită delegatul Ministerului Sănătăţii, a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică teritorial ş.a.

Acest material necesită să conţină :

A) modul de îndeplinire a planului de măsuri anterior (inclusiv contribuţia şefilor locurilor de muncă, protecţiei muncii, serviciilor medicale, sindicatului etc. la realizarea planului şi în îndeplinirea obligaţiilor legale - legea 3/1978, legea 5/1965, HCM 880/1965 etc) ;

B) analiza stării de sănătate şi a morbidităţii cu incapacitate de muncă , a cauzelor şi implicaţiilor acestora, cu :

a) nivelele din perioada analizată în comparaţie cu aceleaşi perioade anterioare şi cu nivelele ramurii industriale (pe judeţ, pe ţară) ale:

- stării de sănătate şi morbidităţii (incidenţă, prevalenţă) ;
- morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă ;
- morbidităţii cu invaliditate (prevalenţa invalizilor gr I - III cu ultim loc de muncă la întreprindere) ;
- factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire (din mediul de muncă şi din familie) ce le-au condiţionat (singulari, asociaţi, ordonarea lor după agresivitate şi implicaţii) ;
- implicaţiilor economice : cheltuieli din fondul asigurărilor sociale pentru concediul de boală , costul spitalizării, c/v productivităţii nerealizate pentru perioada concediului de boală, c/v pensiilor de invaliditate (pentru invalizii gr. I - III cu ultim loc de muncă la întreprindere) ; ponderea acestora din c/v productivităţii muncii pe

total şi pe pcincipalele boli ;

b) se va insista asupra următorilor factori ce au putut influenţa nefavorabil sănătatea oamenilor muncii :

- factorii nocivi peste limitele maxime admise generatori de îmbolnăviri profesionale (pe baza determinărilor cu laboratorul) ;

- deficienţe de tehnică a securităţii ce au condiţionat accidente ;

- procese de producţie organizate necorespunzător ce au dus la oboseală prin solicitări fizice sau neuropsihice ;

- repartizarea persoanelor cu deficienţe ale sănătăţii şi ale capacităţii de muncă în activităţi ce au suprasolicitat organismul şi care au generat incapacitate temporară sau invaliditate ;

- insuficienta preocupare a conducerilor întreprinderilor pentru crearea condiţiilor de alimentaţie (cantine, chioşcuri alimentare etc), lipsa anexelor social - sanitare, insuficienta dotare cu materiale individuale de protecţie (echipament , materiale igienico - sanitare, apă carbogazoasă salină) ;

- deficienţe în executarea examenelor medicale la încadrare şi periodice pentru depistarea precoce a alterării sănătăţii şi în eficacitatea dispensarizării sănătoşilor şi a bolnavilor cronici (incl. a invalizilor de gr.III, depensionaţilor) expuşi la riscuri de îmbolnăvire sau agravare ;

- deficienţe în acordarea concediilor medicale şi în pensionare pe caz de boală, în calculul şi acordarea drepturilor de asigurări sociale (conf. cu HCM 880/1965 şi legea 3/1977) ;

C) <u>planul de măsuri tehnice şi organizatorice pentru prevenirea şi re</u>ducerea cauzelor morbidităţii, a accidentelor şi îmbolnăvirilor profesionale , a incapacităţii temporare şi definitive de muncă, cu responsabilităţi şi termene de îndeplinire pentru conducerea întreprinderii sau instituţiei şi pentru serviciile medicale (dispensar, policlinică, spital, CSA etc). Acesta necesită să se refere la :

a) Condiţiile de muncă :

- etanşarea utilajelor generatoare de noxe profesionale, ameliorarea sistemului de ventilaţie şi a altor condiţii de muncă din secţiile şi atelierele cu nivele ridicate de morbiditate, accidente, boli profesionale ;

- organizarea autocontrolului condiţiilor de muncă, a noxelor existente şi a poluării mediului (conf. prevd. legii 3/1978) ;

- remedierea deficienţelor organizatorice ce privesc procesul de producţie, munca în asalt, programe prelungite ce conduc la starea de oboseală ;

- înlăturarea deficienţelor în utilizarea forţei de muncă (pensionari de gr.III, depensionaţi, bolnavi cronici) şi la aplicarea Codului Muncii privind munca femeilor şi tinerilor ;

b) Măsuri sociale :

- organizarea de cantine, microcantine, chioşcuri alimentare etc.,acordarea apei carbogazoase saline ;

- asigurarea şi funcţionarea corespunzătoare a anexelor social - sanitare, a camerelor de igienă intimă a femeii ;

- asigurarea aprovizionării cu apă potabilă şi îndepărtarea rezidiilor;

- folosirea mijloacelor individuale de protecţie (echipamente, materiale igienico - sanitare, dispozitive tehnice etc) ;

- concretizarea acţiunilor privind recuperarea sănătăţii şi capacităţii de muncă a bolnavilor cronici (tratament balnear, locuri adecvate de muncă , recalificarea handicapaţilor etc) .

c) Măsuri medicale :

- organizarea şi funcţionarea serviciilor medicale (dispensar , policlinică, spital) ce asigură asistenţa medicală a întreprinderii şi dotarea de întreprindere pentru problemei ei specifice de sănătate a muncitorilor (art. 16 din legea 3/1978) ;

- organizarea corespunzătoare a examenelor medicale la încadrare în muncă şi a controalelor medicale periodice ;

- acţiuni de educaţie sanitară adecvate riscurilor profesionale .

d) Măsuri privind aplicarea legislaţiei de asigurări sociale :

- controlul respectării reglementărilor privind eliberarea certificatelor de concediu medical (HCM 88o/1965) şi calcularea îndemnizaţiilor din fondurile asigurărilor sociale ;

- urmărirea executării planului de venituri şi cheltuieli de asigurări sociale şi aplicării controlului preventiv în gestionarea acestor fonduri .

In toate activităţile ce le desfăşoară conducerile unităţilor economice, serviciile medicale, sindicatul şi alte sectoare trebuie permanent să se aibă în vedere că promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii personalului muncitor este nu numai o obligaţie legiferată şi o acţiune umanitară ci şi un obiectiv pentru dezvoltarea social - economică a teritoriului .

Scanned with OKEN Scanner

6.3.- Populaţia vîrstnică (de a III-a vîrstă)

Prin populaţia de vîrsta III-a sau " bătrînii " - în denumirea obişnuită - se desemnează persoanele de la vîrsta pensionării pînă la sfîrşitul existenţei lor, iar în calcule - practic - se cuprind persoanele începînd cu vîrsta de 6o sau 65 ani. In cadrul acestei grupe se pot desprinde : vîrstnicii (de la pensionare la 74 ani), bătrînii (între 75 şi 89 ani) şi longevivii (de la 9o ani) .

Ea se detaşează ca o grupă distinctă în colectivitate prin :

- numărul persoanelor şi ponderea lor în structura demografică teritorială şi tendinţa de creştere rapidă a acestora în toate zonele globului ;

- contribuţia lor la continuitatea demografică şi la progresul general al colectivităţii, prin resursa de tehnicitate, experienţă şi înţelepciune ce-o constituie pentru familie şi societate ;

- particularităţile organismului şi ale morbidităţii din această parte a vieţii ce-i dau bătrînului o mare vulnerabilitate şi un supraconsum medical şi financiar pentru sănătate ;

- diversitatea situaţiilor personale, familiale şi sociale ce măresc dezavantajul faţă de celelalte grupe de vîrstă ;

- nevoile specifice de ocrotire, de sănătate şi de asistenţă medicală pe care aceste persoane le necesită a fi asigurate din partea familiei şi a colectivităţii .

6.3.1.- Particularităţile demografice şi ale sănătăţii cu factorii ce le condiţionează

Vîrsta a III-a (de la 65 ani) reprezenta în 1975 pe glob 5,6 % din populaţie (aproximativ 235 milioane), cu ponderi reduse în teriteriile în curs de dezvoltare (3,8%), mai mari (1o,6%) în teritoriile dezvoltate economic şi cu mari variaţii pe zone cuprinse între 3 % în Africa şi Asia de Sud şi 12,3 % în Europa (tabel 83) . Azi un mare număr de ţări din zona nordică a globului au 14 - 15 % din populaţie ce a depăşit vîrsta de 65 de ani. Deasemenea, OMS apreciază că rata de creştere în continuare a ponderii vîrsthicilor va fi mai rapidă decît în ultimile două decenii în toate teritoriile de pe glob. Spre sfîrşitul acestui secol numărul vîrstnicilor (de la 65 ani) se va apropia de 4oo milioane (6,3 % din populaţia globului, 4,6 % în teritoriile în curs de dezvoltare şi 13,2 % în cele dezvoltate economic) - tabel 83 . In cadrul vîrstei a III-a, creşteri mai mari vor fi la bătrîni (75 - 89 ani) şi la longevivi (de la 9o ani). Această tendinţă generală de îmbătrînire demografică, cu acceleorea ratei sale, este datorată :

- reducerii numărului şi ponderii tinerilor în toate teritoriile globului, ca urmare a scăderii sau menţinerii natalităţii sub nivelele de 2o ‰ ;
- migrării tinerilor şi a persoanelor de vîrstă activă, ce accentuiază creşterea ponderii vîrstnicilor în teritorii ;
- reducerii mortalităţii infantile şi dece - selor premature la celelalte vîrste mai ales prin boli infecto - parazitare. Acestea vor determina creşterea duratei medii a vieţii mai ales în teritoriile în curs de dezvoltare (tabel 84) şi a longevităţii persoanelor de a III-a vîrstă, cu accentuarea duratei mai mari de viaţă pentru sexul feminin. Intrucît femeile se căsătoresc mai tinere şi au o longevitate mai mare ca bărbaţii (cu 2 - 4 ani în teri - toriile în curs de dezvoltare şi 7 - 9 ani în teritoriile dezvoltate economic), în următorul sfert de secol bătrîneţea va fi predominent feminină şi cu o proporţie mai mare de văduve. Ca urmare, programele economico-sociale, de ocrotire socială şi de asistenţă medicală necesită să ţină seama de ambele aspecte pentru a asigura nevoile specifice - materiale şi spirituale, ale acestei vîrste.

Tabel 83 - Ponderea populaţiei de 65 ani şi peste în principalele regiuni ONU în anul 1975 şi 2000 (la 100 din total)

Regiunea \ Anul	1975	2000
Total mondial	5,6	6,3
- ţări în dezvoltare	3,8	4,6
- ţări dezvoltate	10,6	13,2
Africa	3,0	3,3
Asia Sud	3,0	3,7
America Latina	3,9	4,6
Asia E	5,5	7,8
Oceania	7,5	8,9
URSS	8,9	12,0
America Nord	10,3	12,1
Europa	12,3	14,3

Tabel 84 - Durata medie a vieţii pe glob - ambele sexe. 1950 - 2000

Terit. / In jur de anul	Ţări		Dif. în ani
	Dezv.	In dezv	
1950	65	42	23
1975	72	55	17
2000	75-80	65-70	10

Sursa: Forum mondial de la Santé, 1981 - vol 2, nr 2, pag 322

In România , creşterea nivelului general de trai şi realizările în ocrotirea sănătăţii şi asistenţei medicale - reducînd morbiditatea şi mortalitatea - au contribuit, într-o perioadă scurtă de timp, la creşterea longevităţii vieţii şi a numărului şi ponderii persoanelor de vîrsta a III-a în populaţie. Faţă de acum o jumătate de secol numărul persoanelor în vîrstă de la 6o ani a crescut de la 981 mii, a celor de la 65 ani - de la 638 mii (în 193o) la 2,9 milioane şi respectiv la 2,3 milioane (în 198o). Ca pondere în populaţie, vîrsta a III-a a crescut de la 6,9 % (6o + ani) şi 4,5 % (65 + ani) în 193o la 13,3 % (6o + ani) şi respectiv 1o,3 % (65 + ani) în 198o - tabel 85. In aceiaşi perioadă de timp numărul persoanelor de la 6o ani a crescut mai mult ca cel al copiilor (o-14 ani): de 3 ori şi respectiv de 1,2 ori. In 193o la 1oo copii o-14 ani reveneau 2o,5 vîrstnici (de la 6o ani) iar în 198o aproape 5o (49,7). La acest proces de îmbătrînire demografică prin scăderea natalităţii se adaugă cel de creştere al longevităţii vieţii (ponderea persoanelor de la 65 ani a crescut de 3,5 ori, a celor de la 75 ani de 4,3 ori iar a celor de la 85 ani de 3,6 ori) şi al creşterii duratei medii a vieţii (pentru ambele sexe, de la 42 ani în 1932

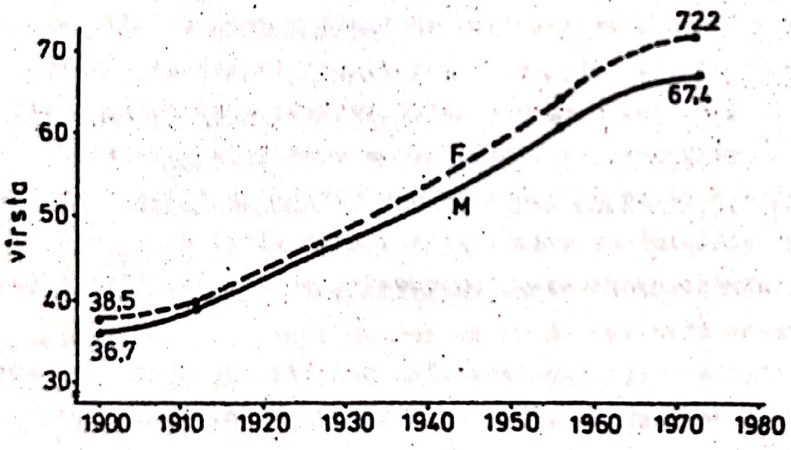
la 69,8 ani în 1978). Dintre cele 3 subgrupe ale vîrstei a III-a creşterea cea mai însemnată, în ultimă jumătate de secol, a avut-o bătrînii (75 - 89 de ani) şi mai mică la longevivi. Sexul feminin a avut creşterea mai importantă atît ca pondere în populaţie (în 198o faţă de 193o, ponderea femeilor de la 65 ani de 2,6 ori - de la 4,4 la 11,6 %-, iar a bărbaţilor de 2 ori - de la 4,6 la 9,9o %) - tabel 85 - cît şi ca durată medie a vieţii. Intre 19oo şi 1978, sexul feminin din ţara noastră a cîştigat - ca durată medie - 34 ani de viaţă, iar sexul masculin aproape 31 ani de viaţă (fig. 86).

Tabel 85 - Ponderea populaţiei pe sexe şi medii de la 65 ani în România în 1930 şi 1980
- la 100 din toate vîrstele -

grupa de vîrstă / sexul şi mediul	ambele sexe şi medii		ambele medii				ambele sexe			
			M		F		U		R	
	1930	1980	1930	1980	1930	1980	1930	1980	1930	1980
65 ani şi peste	4,49	10,3	4,59	9,0	4,39	11,6	4,06	7,98	4,60	12,52
75 ani "	1,15	3,2	1,19	2,7	1,12	3,7	1,07	2,46	1,18	3,89
85 ani "	0,16	0,37	0,15	0,27	0,17	0,47	0,16	0,32	0,16	0,43
90 ani "	0,049	...	0,044	...	0,054	...	0,052	...	0,048	...

Sursa : Anuare Statistice

Fig.86 - EVOLUŢIA DURATEI MEDII A VIEŢII PE SEXE ÎN R.S.ROMÂNIA 1900-1978



Datorită ratei mai mici de scădere a mortalităţii, decalajul duratei medii a vieţii între cele două sexe a crescut de la aproape 2 ani (în 19oo) la aproape 5 ani (în 1978)- fig. 86 . Tendinţa de îmbătrînire a populaţiei din ţara noastră şi de creştere a ponderii persoanelor de a III-a vîrstă este mai mare în rural (tabel 85) generată atît de rata mai mare însemnată de scădere a natalităţii cît şi de migrarea tinerilor către centrele urbane industrializate. Ponderea mai mare a persoanelor de la 6o ani în diferitele zone ale ţării este în corelaţie inversă cu nivelul scăzut al natalităţii şi/sau cu nivelul mare al plecărilor vîrstelor active din ultimii ani în alte teritorii ale ţării, cum sînt - în 198o - judeţele : Arad (17,8%), Teleorman (17,3%), Giurgiu (17,1%), Mehedinţi (16,8%), Timiş şi Dolj (15,3%), Buzău (15,2 %); ponderi mici de persoane de la 6o ani sînt în 198o în judeţele : Constanţa (9,2%), Iaşi (9,6%), Braşov (1o,2%), Bacău (1o,5%), Maramureş (1o,6%) şi Galaţi (1o,7 %) .

Dar, persoanele din a III-a vîrstă se impun nu numai prin numărul şi tendinţa lor accelerată de creştere ci şi pentru particularităţile biologice ale

organismului ce dau morbidităţii un tablou mai grav ca la alte vîrste şi cu implicaţii mai severe pentru individ, familie şi colectivitate .

Procesul de îmbătrînire - a cărei esenţă rămîne necunoscută - e privit ca o rezultantă a unor fenomene de mare diversitate şi de o rară complexitate. El e considerat nu ca o boală ci ca o etapă normală în cadrul ontogenezei, un proces fiziologic prezent din primele faze ale vieţii, cu modificări în structura complexă a fiecărei celule, care evoluiază pe toată durata existenţei iar fenomenul apare vizibil, din decada a şaptea . In a doua jumătate a vieţii, aceste modificări antrenează o diminuare a adaptării la mediu o creştere a sensibilităţii şi instabilităţii organismului ce se accelerenză cu avansarea în vîrstă şi constituie caracteristica fundamentală a ultimilor decade de vîrstă . In cadrul acestui proces, funcţiile aceleiaşi persoane îmbătrînesc inegal în timp, iar aceiaşi funcţie îmbătrîneşte cu viteză inegală la cele două sexe şi la persoane diferite, caracteristica majoră a procesului fiziologic de îmbătrînire fiind aspectul insidios, dizarmonic şi asincron la nivelul diferitelor aparate şi sişteme. Ca urmare, îmbătrînirea este diferenţiat individuală şi nu omogen globală . Procesele patologice cronice au adesea ca punct de pornire modificările de involuţie - specifice îmbătrînirii organismului- , argument de asociere acestora cu apariţie tumorilor maligne, ateresclerozei (cu aspectele ei) şi altor boli cronice ce sînt mai frecvente după vîrsta de 40 - 45 ani. In practica medicală e greu de diferenţiat aspectele îmbătrînirii normale de cele ale îmbătrînirii patologice şi, în mod curent, patologia adultului- individuală şi din colectivitate - serveşte drept comparaţie pentru ceea ce se întîlneşte la bătrîn şi la populaţia vîrstnică .

Problemele de sănătate şi de morbiditate ale vîrstei a III-a. La bătrîni, tabloul bolnavului şi al bolii în colectivităţi este altul decît cel de la vîrstele adulte . Imbătrînirea organismului dă anumite particularităţi sănătăţii şi morbidităţii, şi anume :

- prevalenţa în colectivităţi a persoanelor practic sănătoase, capabile să muncească, să creieze şi să se îngrijească este mică, scade cu înaintarea în vîrstă, este variabilă teritorial şi pe sexe ;

- prevalenţa bolnavilor, cu nivele mari şi în creştere odată cu vîrsta, are persoane la care în majoritatea lor coexistenţa mai multor boli aproape este regula. Tabloul morbidităţii conţine o bază de boli cronice de lungă durată, mai multe şi mai grave - nerezolvate la vîrstele anterioare - peste care se suprapun boli acute, traumatisme, intoxicaţii curente pe care bătrînii le fac mai uşor şi care agravează bolile cronice. Acestea, în variatele lor combinaţii, determină la un superconsum de îngrijiri medicale ambulatorii şi de medicamente, la spitalizări repetate, incapacităţi şi infirmităţi - ce obligă bătrînul să apeleze la asistenţa altora . Repetarea bolilor intercurente şi epuizarea rezistenţei organismului precipită decesul. Această asociere : procesele de involuţie, bolile cronice cu suprapunerea altor boli acute, agravate de situaţii sociale şi fami-

liale deficitare fac din bătrîni una din grupele de vîrstă cele mai vulnerabile, bătrînul fiind considerat o persoană cu un mare şi frecvent risc de expunere la îmbolnăvire şi deces .

Frecvenţă mai mare la această grupă de vîrstă - în zona nordică a globului şi în ţara noastră - o au în populaţii : bolile cardiace şi vasculare, perturbări endocrine de vîrstă, cancerele, bolile locomotorii de origini diferite, tulburările mintale, bolile pulmonare cronice nespecifice, bolile digestive, accidente diverse - mai ales căderi cu fracturi consecutive, mai frecvente la femei şi, generatoare de infirmităţi -, maladia Parkinson, boli cronice genito-urinare, diabetul, glaucomul. In afara acestora se mai întîlnesc stări patologice, precum: edentaţiile - ce favorizează malalimentaţia, scăderea acuităţii vizuale şi auditive ce condiţionează securitatea personală şi mobilitatea, atît de necesare bătrînului. In cadrul tulburărilor mintale un loc aparte îl are depresiunea psihică. Frecvent la involuţia organică se adaugă o afecţiune psihică depresivă, produsă - agravată sau asociată bolilor de bază. Ateroscleroza cerebrală, maladia Parkinson , apoplexia , cancerul cu durata lui scurtă de supravieţuire ş.a. - dau un mare risc pentru depresiune, iar infirmităţile (auditive, oculare, articulare, ale vezicei urinare ş.a.) îi produc bătrînului dificultăţi cu lumea din jur. Depresiunea de involuţie ori cea de reacţie la una din numeroasele experienţe dureroase ale bătrîneţii (pensionarea forţată, moartea soţului, rămînerea fără familie, fără sprijin material sau afectiv), ce-i dau sentimentul de inutilitate şi abandon, determină bătrînul la retragerea într-o stare de tristeţe şi izolare socială şi-l fac să apeleze frecvent la spitalizarea în serviciile de psihiatrie .

Tabloul morbidităţii spitalizate cuprinde bolile menţionate mai înainte, cu două remarci : bătrînul spitalizat are o asociaţie de boli cu variate forme de gravitate iar durata de spitalizare şi de convalescenţă este mai mare ca la celelalte vîrste. Incapacitatea datorită bolii (agravării sau asocierii) este deasemenea de mai lungă durată şi cu un mai mare consum de îngrijiri generale şi medicale. După vîrsta de 6o ani este mai mare, ca la vîrstele anterioare, frecvenţa persoanelor dependente de proteze dentare şi auditive,de lentile oculare, stimulatoare cardiace de aparate de epurare renală, de medicamente de substituire sau de corectare a unei funcţii organice de cărucioare mobile, etc. ce adaugă un plus de risc, de griji şi cheltuieli financiare . Tabloul principalelor cauze medicale ce scurtează durata vieţii după vîrsta de 65 ani cuprinde bolile cronice începute la

Tabel 86. Mortalitatea pe clase de boli şi pe sexe după vîrsta de 65 ani în România(medii întrunite)-1978
- decese la 1oo.ooo loc. -

	masc.	fem.
	65 - 74 ani	
- boli cardiovasc.	2625	2o59
- tumori	83o	485
- boli ap.respir.	566	276
- boli ap.digestiv	198	113
- traumatisme,intox.	145	56
	75 ani şi peste	
- b li cardiovasc.	8456	873o
- boli ap.respirator	167o	13o7
- tumori	1oo7	595
- boli ap.digestiv	232	16o
- traumatisme ,intox.	196	96

vîrstele anterioare (cardiovasculare, tumori, respiratorii, digestive) şi traumatisme - intoxicaţii (tabel 86), aproape de regulă cu nivele mai mari la sexul masculin. In cadrul acestora : afecţiunile vasculare cerebrale şi boala ischemică a cordului dau ponderea cea mai mare, iar virozele acute respiratorii epuizează rezervele unui pulmon şi cord deficient şi accelerează decesul.

Imbătrînirea fiziologică e îmbătrînirea normală, lentă dar continuă, asincronă, heteregenă şi permite atingerea unei vîrste înaintate în condiţiile dificultăţilor de adaptabilitate. Imbătrînirea patologică, similară stării de boală, presupune o degradare rapidă, avansată şi dă un decalaj între vîrsta calendaristică şi biologică. Practica medicală arată că îmbătrînirea fiziologică e o excepţie iar cea patologică e regula unde modificările involutive se intrică cu efectele bolilor . Deaceea prevenirea sau reducerea unor asemenea fenomene necesită un dublu efort : profilaxia îmbătrînirii premature şi a bolilor asociate sau suprasădugate . Deocamdată, acţionarea asupra bolilor şi pentru întărirea sănătăţii la vîrstele adulţe reprezintă componenta ce se poate reduce din cadrul îmbătrînirii patologice .

Epidemiologia problemelor de sănătate ale vîrstei a III-a şi ale îmbătrînirii patologice are o multitudine de factori : genetici, personali, psihologici, de statut şi relaţii ale bătrînilor, familiali şi social - economici, asociaţi variabil la fiecare individ şi colectivitate teritorială. Ea redă factorii îmbătrînirii precoce şi vîrsta bolilor cu cauzele şi insuccesele în rezolvarea acestora, precum şi factorii persistenţi ce condiţionează agravările, infirmităţile şi decesul. Cea mai mare parte din aceşti factori se află în mediul de viaţă şi de muncă, în comportamentul individual şi în familia bătrînilor, unde trebuie intervenit pentru corectarea şi adaptarea lor la situaţiile particulare ale fiecăruia . O mare parte dintre vîrstnici, sănătoşi fizic şi mintal, cu capacitate de muncă, ce posedă multe cunoştinţe, apreciată tehnicitate şi recunoscută înţelepciune - acumulate din instrucţie, cărţi şi din experienţa vieţii - reprezintă un real sprijin pentru familie, un valoros capital uman şi o resursă de mare utilitate pentru colectivitate. In teritoriile în care predomină ocupaţiile tradiţionale, neexistînd o vîrstă de retragere din viaţa activă, bătrînii muncesc pe contul lor atît cît sînt capabili şi rămîn în mediul lor trăind în/lîngă familia copiilor. Datorită experienţei pe care o au, activităţile ce li se încredinţează le oferă o mare varietate de preocupări şi rolul de ghid în viaţa familiei şi a colectivităţii, ceea ce le asigură sentimentul utilităţii, sprijinul afectiv şi material de care au nevoie. In teritoriile industrializate sau în curs de industrializare rapidă, plecarea tinerilor în alte regiuni şi imposibilitatea transferului mediului lor de viaţă în familia copiilor, lasă bătrînii singuri şi ulterior - bolnavi, infirmi - ei cad în grija statului. Pe lîngă denuclearizarea familială, retragerea obligatorie din activitatea ocupaţională îi confruntă cu alte situaţii noi la care trebuie să le facă faţă : dezangajarea profesională şi socială. In

asemenea situaţii bătrînii - şi mai ales femeile, ce au o longevitate mai mare- bolnavi şi expuşi la sarcini fizice şi afective crescute , apelează mai frecvent la supraconsum medical (consultaţii, spitalizări) şi de medicamente. Dezvolta - rea urbanismului, modernizarea locuinţelor - a transporturilor şi a serviciilor publice, concepute fără a ţine seama de particularităţile vîrstei a III-a nu le oferă securitate şi comoditate în mobilitate - mai ales pentru handicapaţi. Micşorarea, cu înaintarea în vîrstă, a capacităţii de a se ocupa de cele necesare vieţii - de a se îngriji - de a se deplasa - de a se adapta la schimbările propriei situaţii, reduc relaţiile şi măreşte sentimentul de singurătate. Suprasăugarea bolilor şi infirmităţii determină dependenţa faţă de alte persoane sau de spital şi amplifică situaţiile dificile din familie. Pe plan de colectivitate teritorială, mărirea numărului şi ponderii vîrstnicilor în structura demografică aduce creşterea prevalenţei bolilor cronice, a handicapaţilor şi implicit a consumului medical şi financiar ce-l solicită, determină adaptarea serviciilor medicale ambulatorii şi spitaliceşti, precum şi sporirea sarcinilor economice şi sociale necesare condiţiilor particulare ale vîrstei a III-a şi a bătrînilor sănătoşi şi bolnavi .

6.3.2.- Ocrotirea socială, asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale

Pe plan mondial, ONU şi instituţiile sale de specialitate, şi mai ales OMS, precum şi alte organisme neguvernamentale se ocupă de stimularea unei atitudini globale şi mai interes general pentru rezolvarea problemelor complexe ce le ridică fenomenul în întregime nou pentru umanitate : tendinţa de creştere a numărului şi ponderii vîrstnicilor în toate ţările .

In acelaş scop, pentru anul 1982, OMS a ales ca temă anuală şi pentru ziua de 7 aprilie, subiectul " Redaţi viaţă bătrîneţii" iar ONU a avut la Viena (26 iulie - 6 august 1982) Adunarea Mondială a Naţiunilor Unite în problema îmbătrînirii. In al VII-lea program general de lucru al OMS pentru perioada 1984-1989, " sănătatea persoanelor în vîrstă" x) este înscrisă ca program distinct, în cadrul "protecţiei şi promovării sănătăţii grupelor particulare de populaţie" (responsabilitatea executării programului mondial privind îngrijirile medicale ale vîrstnicilor fiind asigurată - în numele Directorului General OMS - de către Biroul regional OMS al Europei, vezi schema 12). Prin acest program, OMS vizează să se obţină cunoaşterea şi începerea rezolvării problemelor particulare ale vîrstnicilor (mijloace minime de existenţă, adaptarea locuinţei - a alimentaţiei, transporturilor şi serviciilor publice la specificul lor, asigurarea asistenţei medicale şi sociale - a readaptării lor şi a medicamentelor, dezvoltarea cercetării ştiinţifice în problemele îmbătrînirii) în orice colectivitate teri-

x) OMS - Genève, 1982, pag. 97,151.

torială prin integrarea socială a unui program propriu şi prin încurajarea tradiţiilor culturale ce favorizează păstrarea bătrînilor în familia şi mediul său. In asigurarea sănătăţii vîrstnicilor, concomitent cu încurajarea lor la activităţi ocupaţionale, este necesară în primul rînd dezvoltarea formelor adecvate de îngrijiri primare ale sănătăţii (în unităţile medicale ambulatorii, la domiciliu, în staţionare de zi) şi folosirea spitalizării în situaţii strict necesare şi pentru perioade de scurtă durată .

In România, ocrotirea socială a bătrînilor şi a sănătăţii lor se realizează de către stat în cadrul unui amplu sistem organizatoric general şi special prin :

A) Măsuri generale complexe economice, sociale, culturale şi sanitare ce privesc populaţia de toate vîrstele ;

B) Sistemul general de securitate socială ;

C) Sistemul de asistenţă medicală .

A) Măsurile complexe cu caracter general luate de către stat se întreprind prin programele de dezvoltare economică şi socială pentru îmbunătăţirea continuă a nivelului de trai material şi spiritual, pentru promovarea - apărarea şi refacerea sănătăţii, pentru creşterea longevităţii şi calităţii vieţii întregii populaţii .

B) Sistemul general de securitate socială cuprinde asigurările sociale de stat şi prevederile sociale de stat .

a) Asigurările sociale de stat reprezintă un sistem de asigurare materială a oamenilor muncii în caz de pierdere temporară sau definitivă a capacităţii de muncă, în caz de bătrîneţe şi de pierdere a susţinătorului, prin acordarea de fonduri în acest scop .

Drepturile la asigurări sociale sînt înscrise în Constituţie (art.20) care prevede : " Cetăţenii Republicii Socialiste România au dreptul la asigurare materială de bătrîneţe, boală sau incapacitate de muncă. Dreptul la asigurare materială se realizează pentru muncitori şi funcţionari şi ajutoare de boală acordate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de stat, iar pentru membrii organizaţiilor cooperatiste sau ai altor organizaţii obşteşti, prin formele de asigurare organizate de acestea. Statul asigură asistenţa medicală prin instituţiile sale sanitare " . Asigurările sociale de stat au la bază principiile socialiste (caracterul de stat - larg accesibil şi cuprinzător, acordarea drepturilor de asigurări sociale pe bază principiului socialist de retribuire a muncii, conducerea lor de către sindicate cu participarea oamenilor muncii) şi cuprind :

- drepturile la diferite ajutoare materiale :[x] în caz de pierdere temporară a capacităţii de muncă, pentru prevenirea îmbolnăvirilor, refacerea şi

x) HCM 880/1965, Legea 3/1978 .

întărirea sănătăţii, de maternitate, îngrijirea copilului bolnav, în caz de deces;

- dreptul la pensie [x] pentru muncă depusă şi limită de vîrstă, pentru pierderea capacităţii de muncă, de urmaş (pentru copii, soţie), la pensie suplimentară (pe baza de contribuţie benevolă din retribuţia tarifară) şi la ajutor social (pentru oameni ai muncii şi urmaşi ce nu întrunesc condiţii legale de pensie) .

b) Prevederile sociale de stat cuprind serviciile sociale generale şi cele cu caracter special. Serviciile sociale generale sînt reprezentate de o largă reţea de servicii publice cu caracter social de care beneficiază întreaga populaţie (instituţiile de învăţămînt de toate gradele, unităţile sanitare, instituţiile de cultură, transporturile în comun etc) pe care statul le organizează, le întreţine şi le dezvoltă datorită utilităţii lor sociale fără să urmărească o rentabilitate imediată. In afara acestora statul nostru asigură şi servicii sociale cu caracter special, prin care ocroteşte unele categorii de populaţie, anumite familii sau persoane. Aceste servicii sociale de ocrotire sînt : serviciile de prevederi sociale şi serviciile de asistenţă socială, care pot interesa şi bătrînii .

Serviciile de prevederi sociale ocrotesc grupe de populaţie prin prestaţiile de prevederi sociale prevăzute de legislaţia ţării, ce stabileşte atît criteriile cît şi felul prestaţiei. In prestaţiile de prevederi sociale se cuprind: pensiile, alocaţia de stat pentru copii, ajutorul familial de stat, ajutorul pentru soţiile militarilor în termen (vezi tabel 71) .

Serviciile de asistenţă socială ocrotesc individualizat, prin prestaţii diferite şi cu prealabilă investigaţie socială, cazurile ce necesită asistenţa socială .

Se condiseră caz de asistenţă socială persoana sau grupul familial lipsite de mijloace proprii de existenţă sau în situaţia de a nu se putea încadra normal în complexul relaţiilor sociale (persoanele incapabile de muncă datorită vîrstei sau bolilor cronice, invalizii şi deficienţii de toate categoriile, bătrînii pensionari şi nepensionari lipsiţi de sprijin material şi care nu au susţinători legali sau cu familii fără posibilităţi de întreţinere) .[xx]

Cazurile de asistenţă socială pot apare datorită carenţelor funcţionale ale familiei : materiale, dezorganizare (prin văduvie, divorţ, orfanaj, abandon, tensiune între soţi, lipsă de susţinători pentru bătrîni etc) şi educative pentru copii (din lipsa sau incapacitatea susţinătorilor sau datorită bolii). Efectele acestor carenţe se pot răsfrînge asupra oricărui membru al familiei dar mai frecvent interesează copiii şi bătrînii, care sînt rezolvaţi prin serviciile şi unităţile specializate de prevederi sociale, şi anume :

x) Legile 3,4 şi 5/1977; pe baza principiilor legii 3/1977, sectoarele de activitate cu sisteme proprii de asig.sociale şi pensii îşi au reglementări proprii .

xx) Codul familiei, HCM 454/957 privind asistenţa bătrînilor pensionari şi nepensionari, Statutul Uniunii Coop.Agricole de Producţie .

- unităţi pentru copii : leagăne şi case de copii preşcolari şi şcolari (pentru copii fără susţinători legali sau din familii dezorganizate), cămine-şcoală pentru infirmi motori sau debili mintali, cămine - spital pentru neuropsihici etc ;

- unităţi pentru tineri şi adulţi : şcoli profesionale speciale pentru nevăzători, surdo-muţi, invalizi motori, oligofreni ;cămine - atelier, cămine - spital pentru adulţi neuro-psihici,infirmi motori ;

- unităţi pentru bătrîni : cămine pentru bătrîni, cămine pentru pensionari, cămine-spital pentru bătrîni bolnavi cronici;

- cantine de ajutor social, ce asigură hrana pentru persoanele fără mijloace de existenţă (inclusiv cei bătrîni) .

In afara acestor servicii de asistenţă socială bătrînii mai pot beneficia de :

- pensionarii şi membrii lor de familie (neîncadraţi în producţia socială) au gratuitate la asistenţă medicală şi la medicamente în spital şi în unităţile ambulatorii (exclusiv medicamentele cînd boala sau grupa de populaţie nu se încadrează în gratuitate) - conf. decret 246/1958 -, beneficiază de tratament în staţiunile balneare (plătind costul integrat) ;

- casele de ajutor reciproc a pensionarilor ce acordă împrumuturi şi ajutoare, desfăşoară activitate culturală, turistică etc. ;

- ajutor material în caz de deces a pensionarului sau a unui membru din familie ;

- bătrînii nepensionari dependenţi social: au gratuitate integrală la asistenţă medicală şi medicamente (decret 246/958), la proteze şi aparate protetice; au dreptul la ajutoare băneşti ocazionale [x].

Organizarea, îndrumarea şi controlul dispoziţiilor legale privind problemele de muncă şi ocrotiri sociale pe întreg teritoriul ţării se realizează de către Ministerul Muncii - ca organ central al administraţiei de stat, iar în unităţile administrativ teritoriale de către Consiliile Populare. La nivelul judeţului, ca organ local de specialitate al administraţiei de stat, funcţionează Direcţia pentru problemele de muncă şi ocrotiri sociale (DPMOS), subordonată Consiliului popular judeţean şi Ministerului Muncii. Direcţia judeţeană are în structura sa organizatorică următoarele şase oficii : forţe de muncă, raporturi de muncă, asigurări sociale şi pensii de stat, asigurări sociale şi pensii pentru ţărănime, asistenţă socială, oficiul de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă, care constituie şi problematica de care se ocupă. In teritoriul judeţului, DPMOS subordonează unităţile de asistenţă şi prevederi sociale. In problemele tehnice, Oficiul judeţean de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă (cu cabinetele sale teritoriale) este subordonat Institutului.

x) HCM 454/957 privind asistenţa bătrînilor pensionari şi nepensionari.

de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă (unitate a Ministerului Muncii) .

C) Sistemul de asistenţă medicală

Asistenţa medicală a persoanelor de a III-a vîrstă din ţara noastră se asigură în cadrul sistemului teritorial şi naţional de instituţii medicale (vezi capit. 4.5.). Dintre acestea, dispensarul medical teritorial (urban şi rural) asigură volumul cel mai mare de îngrijiri medico-sociale primare pentru nevoile elementare de sănătate şi de asistenţă socială: consultaţii, tratamente, dispensarizare, internarea la nevoie în spitale, depistarea şi recomandarea medicală pentru servicii de asistenţă şi prevederi sociale. Asistenţa medicală de specialitate, ambulatorie şi spitalizată, este asigurată de spitalul orăşenesc teritorial cu policlinică şi completată de spitalul judeţean, de spitalele clinice şi de centrele şi institutele zonale şi republicane de specialitate (vezi fig.77 şi anexa).

In asigurarea asistenţei medicale de către toate eşaloanele medicale (dispensar,policlinică,spital) este necesară să se ţină seama de particularităţile patologiei şi reactivităţii vîrstnicilor: asocierea frecventă a mai multor boli sau organe afectate, reactivitatea diferită şi variabilă a organismului lor la medicamente, menţinerea cu greutate a echilibrului în terapiile intensive, dificultăţi în comunicarea cu bolnavii. Ca urmare, în îngrijirile lor medicale necesită o cunoaştere completă şi o supraveghere continuă de către un personal medico-sanitar adecvat format, folosind mai ales formele ambulatorii,de asistenţă şi recurgînd la spitalizare de scurtă durată şi strictă necesitate. Pentru bolnavii cronici nerecuperabili - cînd îngrijirea lor nu e posibilă în familie - sînt necesare unităţi profilate în raport cu capacitatea restantă de autoîngrijire şi cu invaliditatea dominantă (psihici, cardio-vasculari,locomotori etc) : compartimente în spitalele rurale sau în secţiile exterioare din rural ale spitalelor urbane de specialitate, cămine - spital, etc.

6.3.3. Profilaxia îmbătrînirii precoce şi reducerea implicaţiilor ce le generează patologia bătrîneţii

Cunoaşterea proceselor intime ce produc îmbătrînirea organismului necesită continuarea cercetărilor fundamentale multidisciplinare. Ea reprezintă suportul creşterii longevităţii vieţii şi a calităţii în această ultimă parte a ei.

Separat de acestea, şi pînă atunci, actualele cunoştinţe despre factorii ce accelerează modificările involutive intricate cu efectele bolilor cronice pot asigura prevenirea sau reducerea îmbătrînirii premature, a invalidităţilor şi implicaţiilor acestora (personale, familiale şi social-economice). In acest scop sînt necesare : un mod cumpătat de viaţă şi muncă la vîrstele tinere şi adulte, asigurarea condiţiilor adecvate de viaţă la bătrîneţe şi rezolvarea cazurilor medico - sociale .

a) Modul cumpătat de viaţă şi de muncă (viaţă raţională) ce înseamnă ordine, moderaţie şi calm în modul de a trăi, cuprinde : practicarea activităţilor fizice şi sporturilor în tot timpul vieţii şi a plimbărilor în aer liber la bătrîneţe; alimentaţie raţională cu evitarea exceselor de orice fel din tinereţe şi a obiceiurilor dăunătoare (alcool, fumat etc) după vîrsta de 40 ani ; evitarea tensiunilor nervoase şi a infecţiilor acute repetate (respiratorii, digestive, urinare etc) ; rezolvarea primară şi completă a îmbolnăvirilor la vîrstele tinere şi adulte, practicarea examenelor medicale periodice după vîrsta de 40 de ani şi realizarea recomandărilor primite. Prelungirea vieţii constă nu numai " în a nu o scurta", în extensiunea în timp a existenţei persoanei ci şi asigurarea unei bătrîneţi lucide şi productive, care cer o păstrare a sănătăţii din copilărie .

b) Asigurarea condiţiilor adecvate de viaţă la bătrîneţe se referă la : menţinerea bătrînului în propriul său mediu - cu sau lîngă familia copiilor - şi nu izolarea în grup ; asigurarea unui venit care să-i confere o oarecare independenţă; pregătirea din timp pentru pensionare şi accesul ulterior pentru continuarea preocupărilor profesionale şi sociale proporţional cu capacitatea restantă; asigurarea condiţiilor de locuit şi posibilităţilor de circulaţie adecvate situaţiilor particulare (handicap, infirmităţi) ;accesul de tehnici şi utilităţi simple şi ieftine (cărţi şi ziare cu litere mai mari, îmbrăcăminte şi învăliţăminte adecvată , cluburi etc).Familia, legăturile sociale şi munca sînt necesare bătrînului pentru asigurarea sentimentului de valoare şi utilitate a muncii sale, menţinerii bunăstării materiale şi psihice, precum şi pentru asigurarea sprijinului material, moral, a îngrijirilor generale şi de sănătate cînd are nevoie .

c) Cazurile medico-sociale (fără familie, forme irecuperabile de boală, senili etc) necesită rezolvări individualizate prin internarea - după caz - a bătrînului în cămin pentru bătrîni sau pensionari, cămin spital, cu păstrarea în continuare a legăturilor cu grupul familial şi social .

Programele sanitare naţionale şi teritoriale din ţara noastră prevăd în mod constant acţiuni preventive, curative şi de recuperare a bătrînilor pentru toate eşaloanele medicale :

- dezvoltarea activităţilor de medicina omului sănătos care să ducă la creşterea calităţii şi a duratei vieţii ;

- acţiuni şi activităţi de prevenire şi reducere a bolilor în populaţie, de tratament şi recuperare a bolnavilor la vîrstele tinere şi adulte vizînd şi preîntîmpinarea acumulării sau agravării formelor cronice la vîrstele avansate ;

- acţiuni de gerontoprofilaxie prin activităţi de preventre a îmbătrînirii premature şi a bolilor cronice asociate acestui proces şi prin dispensarizarea şi aplicarea terapiei eutrofice la loturile de muncitori în vîrstă de peste 40 - 45 ani la punctele gerontologice din întreprinderi ;

- asigurarea consultaţiilor şi tratamentelor curente, a recuperării

bolnavilor în unităţile medicale ambulatorii şi folosirea spitalizării de scurtă durată şi numai în cazurile necesare ;

- practicarea dispensarizării în cabinetele de consultaţii geriatrice din policlinicile orăşeneşti, municipale şi judeţene .

Pentru cercetarea aspectelor complexe ale proceselor de îmbătrînire, a profilaxiei şi tratării îmbătrînirii precoce precum şi a fenomenelor lor medico-sociale funcţionează Institutul naţional de gerontologie şi geriatrie[x)] din Bucureşti. Acesta are ca servicii exterioare cabinetele de consultaţii geriatrice din structura policlinicilor teritoriale şi punctele gerontologice din întreprinderi.

Creşterea longevităţii vieţii şi a numărului vîrstnicilor impun preocupări diferenţiate şi pentru această vîrstă. Ca urmare, cunoaşterea situaţiei şi a posibilităţilor de rezolvare în fiecare teritoriu apar ca strict necesare .

Programul de sănătate şi ocrotiri sociale a bătrînilor, parte integrantă a programului global teritorial, cuprinde :

a) numărul persoanelor de peste 60 ani, pe subgrupe de vîrstă şi sexe, ponderea lor în structura demografică teritorială şi tendinţa acestora ;

b) situaţia familială şi socială a acestora (pensionari şi nepensionari, cu şi fără capacitate ocupaţională, cu şi fără familie etc) ;

c) starea de sănătate, tabloul de morbiditate şi factorii ce condiţionează îmbătrînirea prematură, handicapurile şi infirmităţile, cu selectarea priorităţilor pentru valizi şi pentru cei ce necesită ocrotiri sociale şi forme diferenţiate de asistenţă medico-socială;

d) posibilităţile existente şi necesarul în viitor pentru prevenirea îmbătrînirii premature, pentru atribuirea de activităţi sociale şi familiale ce le pot executa, pentru ocrotirea în familie şi unităţi specializate, pentru asistenţa medicală şi cu medicamente a bătrînilor (unităţi,cadre,forme adaptate nevoilor începînd cu îngrijirile elementare ale sănătăţii şi bolii etc) şi pentru asigurarea serviciilor publice adecvate situaţiei lor ;

e) dezbaterea programului cu participarea bătrînilor valizi, adOptarea şi includerea în programul social-economic teritorial,evaluarea periodică şi corectarea lui necesară .

Obiectivul final a unui asemenea program constă ca fiecare etapă de dezvoltare a colectivităţii să contribuie în " a da ani vieţii şi viaţă anilor " înşişi persoanelor ce au participat la progresul general al societăţii .

---

x) Gerontologie :studiul tuturor aspectelor îmbătrînirii (sanitare,sociologice, economice, comportamentale, de mediu ş.a. Ea face apel aproape întotdeauna la mai multe discipline.
Geriatrie : ramură a gerontologiei şi a medicinei ce se ocupă de sănătatea bătrînilor din toate punctele de vedere: prevenire,tratament,readaptare,supraveghere continuă .

6.4.- Populaţia rurală

Particularităţile ruralului. Ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală a populaţiei .

Mediul rural este teritoriul în care agricultura constituie singura sau principala ramură a economiei, iar celelalte ramuri economice au o pondere mică şi depind de agricultură .[x)]

Prin numărul de locuitori, ponderea teritorială şi structura demografică a colectivităţilor săteşti, prin nivelul şi condiţiile de viaţă - cu particularităţile lor geografice, socio-economice şi de morbiditate - populaţia rurală reprezintă, în toate zonele globului, o grupă distinctă, cu numeroase şi importante prebleme ce le pune tuturor domeniilor de activitate socio - economică cît şi serviciile medicale .

6.4.1.- Situaţia ruralului pe glob

6.4.1.1.- Particularităţile demografice, socio-economice şi ale morbidităţii

Aproximativ 6/10 din populaţia globului (1975) locuieşte în mediul rural (2,5 din cele 4 miliarde de loc.) cu mari variaţii pe zone (tabel 87) şi în aria acestora ; între 19 % în regiunile temperate ale Americii de Sud, 23 % în Europa occidentală şi America de Nord şi 88 % în Africa de Est. Deşi această pondere se va ameliora spre sfîrşitul secolului în toate teritoriile (tabel 87), numărul locuitorilor din ruralul de pe glob va fi mai mare ca în prezent (3,2 din cele 6,2 miliarde cît se estimează a fi în anul 2000). Această evoluţie se datoreşte menţinerii la nivele mai mari ale natalităţii şi ratei superioare de creştere a duratei medii de viaţă. Centrele populate rurale au un număr mic de locuitori cu o dispersie mare în teritoriu şi a locuinţelor în cadrul centrului populat, care influenţează nefavorabil asigurarea asistenţei medicale. In structura demografică a majorităţii teritoriilor ponderea tineretului este mai mare şi a vîrstnicilor este mai redusă decît în oraşe, ruralul " alimentînd " obişnuit urbanul cu populaţie .

Tabel 87.- Proporţia populaţiei rurale în diferitele zone ale globului xx)

	1975	2000
Total glob	61	49 %
America de Nord . .	23	14
Oceania	28	23
Europa	33	21
URSS	39	24
America latină . . .	40	26
Asia de Est	69	54
Africa	76	63
Asia de Sud	77	65

In ruralul tuturor teritoriilor , nivelul de viaţă, de instrucţie şi de

x) Definiţie dată de Conferinţa Europeană de igienă rurală - Geneva, 1931

xx) Sursa : Population and vital statistics - Report, oct. 1980 - ONU .

echipare edilitară sînt inferioare celor a populaţiei urbane din aceiaşi zonă. In satele - ca şi în periferia oraşelor - din teritoriile în curs de dezvoltare, populaţia are mediu şi mod de viaţă şi ocupaţii tradiţionale, asimilînd elemente urbane odată cu pătrunderea şi dezvoltare tehnicii şi comunicaţiilor. O parte din forţa lor de muncă este ocupată în sectorul primar din localitatea de reşedinţă, iar forţa de muncă disponibilă (ca pondere invers proporţională cu nivelul de dezvoltare socio - economică) lucrează în sectorul secundar şi terţiar ale economiei din alte localităţi. Tineretul şi vîrstele active migrează către centrele urbane de la distanţe variate, începînd cu pregătirea pentru profesiune şi respectiv cu găsirea unei ocupaţii (obişnuit necalificate), modificînd structura pe vîrste şi micşorînd rata de creştere sau numărul de locuitori a unor localităţi. Starea de sănătate şi durata medie a vieţii sînt obişnuit inferioare celor a populaţiei urbane. Morbiditatea este predominată de boli infecto - parazitare, cu frecvenţe mari şi prevalenţă multiplă pentru o persoană, începînd cu vîrstele foarte tinere. Acestea generează handicapaţi, invalizi şi deces prematur, cu importante implicaţii familiale şi socio-economice. Mortalitatea generală şi materne - infantilă au nivele mai ridicate ca a populaţiei urbane din aceeaşi zonă datorită supramorbidităţii, nivelului scăzut de trai şi de sanitaţie şi lipsei de asistenţă medicală. Factorii ce condiţionează sănătatea şi morbiditatea se găsesc în condiţiile social - economice, în mediul de viaţă şi în compertamentul individual. Datorită acestor multiple particularităţi populaţia rurală reprezintă o grupă desavantajată şi dependentă de sectorul serviciilor oraşului în majoritatea teritoriilor .

6.4.1.2.- <u>Asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale</u>

In general pe glob, în asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale a populaţiei - ca şi în asigurarea condiţiilor ei de trai - există mari discrepanţe între sat şi oraş, atît ca mod de soluţionare cît şi ca repartizare a resurselor necesare. Ocrotirea sănătăţii nu este adaptată particularităţilor ruralului pentru a realiza protecţia sănătăţii şi a rezolva cauzele supramortalităţii. Există sate pe glob - mai ales în teritoriile în curs de dezvoltare - fără un minim de asistenţă sanitară, iar în restul teritoriului i se atribuie formaţiunea sanitară elementară în variate forme, după stadiul de dezvoltare social-economică şi sanitară : punctul (postul) sanitar cu 1 - 2 cadre medii, întîlnit la centrele populate mici şi dispersate; dispensarul medical cu o echipă de cadre medii şi completată - după posibilităţi - cu medic omnipractician, cu mai multe puncte sanitare în structura sa organizatorică, situaţie mai rar întîlnite pentru grupe de sate arondate administrativ; spitalul rural cu omnipracticieni şi cadre medii, cu capacitate - dotare şi competenţe limitate, pentru grupuri mai mari de sate, situaţii mult mai rar întîlnite. Aceste formaţiuni sanitare participă în acţiuni simple de profilaxie specifică, realizează obişnuit

intervenţii tardive şi execută tratamente simple la bolnavi.Pentru rezolvarea completă (diagnostic,tratament,recuperare)a bolnavilor, ruralul- de regulă - este tributar urbanului, policlinicii şi spitalului din oraşul apropiat. Deşi problemele ce le ridică sănătatea şi morbiditatea populaţiei sînt în general similare oricărei colectivităţi, datorită numărului mic de locuitori nu se justifică amplasarea unui serviciu medical complet-cu toate eşaloanele sale (spital cu policlinică şi dispensare medicale)- în fiecare sat. Potrivit numărului de locuitori s-ar realiza capacităţi prea mici a secţiilor din spital şi a serviciilor din policlinică ce n-ar putea să asigure, cu numărul aferent de cadre, o funcţionare permanentă şi economic eficientă, iar spitalul singur n-ar putea să rezolve factorii de mediu şi cei social economici ce condiţionează supramortalitatea populaţiei rurale. Soluţionarea acestei situaţii constă în a se atribui satului sau grupului de sate o formaţiune sanitară predominent ambulatorie care să facă parte integrantă din structura organizatorică a spitalului orăşenesc apropiat şi să funcţioneze ca unitate exterioară şi avansată în populaţie. Această formaţiune sanitară, cu o bună organizare şi funcţionare internă, necesită să asigure rezolvarea eficientă a două principale grupe de activităţi :

- îngrijirile primare ale sănătăţii(ce ţin de ameliorarea factorilor de mediu şi social-economici), şi

- îngrijirile medicale esenţiale a bolnavilor şi bolilor (cu dotări simple şi personal sanitar instruit, permanent şi mobil în teritoriu) .

In obţinerea unui nivel acceptabil de sănătate care să asigure o viaţă social-economică productivă şi creşterea bunăstării generale-condiţie principală a îndeplinirii obiectivului stabilit de a 3o-a Adunare Mondială a Sănătăţii (1977) [x]; "asigurarea sănătăţii pentru toţi pînă în anul 2ooo "[xx]- este necesar în primul rînd să se asigure îngrijirile primare de sănătate în toate teritoriile de pe glob .[xxx]

Conţinutul şi strategia obţinerii îngrijirilor primare de sănătate au fost adoptate la Conferinţa Internaţională OMS/FISE de la Alma Ata (1978), din a cărei documente [xxxx] redăm principalele elemente .

<u>Ingrijirile primare pentru sănătate</u> sînt îngrijiri esenţiale bazate pe metode şi tehnici practice, valabile ştiinţific, social acceptabile şi accesibile tuturor indiviziior şi familiilor prin deplina lor participare şi la un cost supertabil de orice colectivitate, necesare satisfacerii nevoilor elementare

x)Chronique OMS-vol.31,nr.7/1977

xx) Tema anuală stabilită de OMS pentru 7 aprilie 1983-Ziua mondială a sănătăţii-este :"Sănătatea pentru toţi-numărătoarea inversă a început".

xxx) In afara acestora,pentru "asigurarea sănătăţii pentru toţi pînă în anul 2ooo" s-au nominalizat ca priorităţi pentru întreg globul:asigurarea alimentaţiei corecte şi suficiente(pînă în 1985),asigurarea principalelor medicamente(pînă în 1986),asigurarea cu apă potabilă şi asanare de bază(pînă în 199o),vaccinarea tuturor copiilor contra tuberculozei,difteriei,tetanosului,poliomielitei, tusei convulsive,rugeolei (pînă în 199o).

xxxx) Chronique OMS-vol.32,nr.11/1978.

pentru sănătate şi pentru asigurarea condiţiilor sănătoase de viaţă şi de muncă. Sînt prestaţii simple ce le pot sesiza şi îndeplini persoane nemedicale şi cadre sanitare cu o formare elementară. Ele reprezintă nivelul de prim contact al populaţiei cu sistemul naţional şi teritorial de sănătate, din care fac parte integrantă, apropiind cel mai mult îngrijirile de sănătate de locul de viaţă şi de muncă, constituind - în acelaş timp - primul element al unui proces continuu de protecţie sanitară. In realizarea lor participă formaţiunile sanitare, toate sectoarele social-economice şi populaţia căreia îi sînt destinate. Ele au ca scop să soluţioneze principalele probleme de sănătate prin participarea lor integrată în programele sanitare prioritare. Prin ceeace rezolvă, ele reprezintă pivotul şi factorul principal în ameliorarea continuă a sănătăţii populaţiei, suportul dezvoltării social-economice a colectivităţilor .

Îngrijirile primare de asistenţă medicală - cuprinse în aria mare a îngrijirilor primare ale sănătăţii, cu care în unele activităţi preventive se confundă - reprezintă îngrijirile medicale elementare de mare necesitate asigurate de cadrele sanitare şi medicii de la eşalonul de bază - puncte (posturi) sanitare, dispensare medicale, centre de sănătate, spitale rurale - şi de la orice formaţiune sanitară din cadrul sistemului teritorial de asistenţă medicală ce realizează primul contact cu populaţia. Ele includ simplele dar esenţialele activităţi şi acţiuni de prevenire a bolilor, de asistenţă medicală şi de readaptare a bolnavilor, necesare tuturor persoanelor, la un cost accesibil colectivităţii şi care sînt baza asigurării asistenţei medicale şi realizării programelor prioritare (vezi fig. 76). In executarea lor participă direct formaţiuni sanitare de prim contact şi populaţia, iar indirect - toate sectoarele vieţii social - economice .

Începînd cu îngrijirile primare pentru sănătate şi continuînd cu cele de asistenţă medicală, tabloul acestora cuprinde :

a) - salubrizarea mediului (în familie, la loc de muncă, în cartier, în sat) ;

b) - aprovizionarea cu apă potabilă în cantitate şi calitate suficientă - inclusiv supravegherea sanitară a surselor, purificarea sau corectarea apei etc.;

c) - îndepărtarea nenocivă a reziduiilor (latrine, grepi, canalizare, epurarea apelor reziduale etc) .

d) - activităţi pentru igienizarea alimentelor şi alimentaţiei ;

e) - combaterea vectorilor ;

f) - acţiuni şi activităţi de prevenire sau oprire a epidemiilor prin măsuri generale sau specifice (salubrizare, măsuri antiepidemice, vaccinări, rezolvarea bolnavilor etc) ;

g) - depistarea precoce, supravegherea şi rezolvarea gravidelor şi lăuzelor şi a îmbolnăvirilor copiilor, începînd cu grupele vulnerabile;

h) - diagnosticarea tulburărilor majore ale alterării sănătăţii şi ale bolilor cu prevalenţă ridicată, cu tehnici simple - preferabil unitare, standardizate ;

i) - asigurarea corectă a primului ajutor, începerea tratamentului şi orientarea corectă a bolnavului pentru rezolvarea în continuare la eşalonul indicat (în traumatisme, intoxicaţii, hemoragii, arsuri, muşcături de animale etc);

j) - asigurarea tratamentelor simple la bolnavii prezentaţi ;

k) - salvarea vieţii şi protecţia sănătăţii - cu participarea membrilor colectivităţii, prealabil instruiţi - la un mare număr de persoane în situaţii de : inundaţii, înzăpeziri, incendii, cutremure, dislocări sau deplasări de mari grupe de populaţie ;

l) - educaţia sanitară a populaţiei pentru a realiza cooperarea eficientă a acesteia la protecţia şi îngrijirea propriei activităţi .

Aceste activităţi şi sarcini ale formaţiunilor sanitare de prim contact sînt de necesitate prioritară pentru populaţia din orice zona de pe glob, adaptîndu-le la situaţia sanitară şi la stadiul de dezvoltare social-economică a fiecărui teriteriu .

In realizarea rolului şi rostului lor, îngrijirile primare de sănătate şi de asistenţă medicală necesită să întrunească următoarele <u>calităţi</u>,să fie:

a) permanente (ziua şi noaptea, în zilele de lucru şi de sărbătoare) ;

b) continui (să asigure continuitatea comunicării între acelaş personal sanitar sau medical şi bolnav) ;

c) accesibile (ca distanţă sau timp necesar pentru a le obţine, ca program orar şi zilnic, cost, solicitudine din partea personalului sanitar etc) ;

d) elementare (simple de practicat în direct pentru a asigura accesibilitate de masă şi randament, în comparaţie cu cele secundare - specializate - care pot fi indirecte) ;

d) bazate pe mijloace diagnostice şi terapeutice simple ;

f) suficiente pentru un număr cît mai mare de persoane;

g) realizabile - să poată fi încredinţate în primul rînd cadrelor medii sanitare şi mai puţin medicilor de medicină generală (omnipracticieni) din formaţiunile sanitare ale eşalonului de bază ale sistemului teritorial de asistenţă medicală - vezi fig. 77 - (puncte sanitare, dispensare medicale, centre de sănătate, spitale rurale) şi de orice altă formaţiune sanitară de prim contact la care apelează populaţia .

In <u>realizarea cu eficacitate şi eficienţă</u> a acestor activităţi fundamentale necesare protecţiei sănătăţii, prevenirii bolilor şi asistenţei medicale elementare a volnavilor <u>sînt necesare</u> :

a) - mobilitatea personalului - în teritoriu şi în acţiuni ;

b) - desfăşurarea unei munci în echipă în cadrul formaţiunii sanitare;

c) - completarea şi corectarea rezolvării cazurilor, îndrumarea şi

coordonarea medicală de către eşalonul medical superior din sistemul teritorial de asistenţă medicală ;

d) - cooperarea între cetăţeni, între aceştia şi formaţiunea sanitară, între toate sectoarele vieţii şi activităţii social-economice locale, regionale şi centrale ;

e) - dirijarea pe plan local, cu integrarea lor în planurile şi programele sociale şi economice, de către conducerea colectivităţii .

Ingrijirile primare pentru sănătate şi de asistenţă medicală necesită să funcţioneze ca un subsistem al sistemului teritorial de sănătate şi, în acelaş timp, al sistemului general şi local de activităţi socio-economice .

In asigurarea îngrijirilor primare ale sănătăţii ale populaţiei în general - inclusiv a populaţiei rurale -, " a unui minim pentru toţi şi mai mult pentru cei lipsiţi", situaţia în diferitele zone ale globului este diferită după sistemul social-politic şi gradul de dezvoltare economică şi sanitară, ţările socialiste avînd acest obiectiv cuprins în însăşi politica sanitară de stat .

In ruralul - ca şi în periferia oraşelor suăraaglomerate şi în oraşele rapid industrializate - din teritoriile dezvoltate economic, serviciile medicale de bază (dispensarele cu medic şi cadre medii şi centrele de sănătate - cu echipe şi dotări mai complete) sînt ocupate mai mult cu îngrijirea bolnavilor şi mai puţin cu rezolvarea bolilor, a factorilor ce le condiţionează şi cu protecţia grupelor vulnerabile în populaţie . Chiar şi în rural, unităţile sanitare folosesc instalaţii şi tehnici costisitoare la care au acces un număr mai restrîns de persoane şi care consumă o mare parte din resursele de care dispun. La eficienţa lor scăzută contribuie neintegrarea într-un sistem sanitar teritorial şi neabordarea rezolvării problemelor de sănătate ale populaţiei pe baza unui program sanitar ca parte componentă a planului şi bugetului teritorial. Pentru ameliorarea sănătăţii populaţiei rurale din aceste teritorii, efortul trebuie îndreptat pentru rectificarea compartamentului individual al sănătăţii, reducerea acţiunilor poluanţilor din mediul de viaţă şi de muncă şi pentru armonizarea sistemului teritorial de asistenţă medicală cu accent pe eşalonul de bază .

In teritoriile în curs de dezvoltare, populaţia rurală, cu multiple şi mult mai grele probleme de morbiditate, dispune şi de cele mai puţine resurse generale şi sanitare. Ocrotirea sănătăţii nu are un cadru organizatoric, iar îngrijirile medicale elementare ale bolnavilor - pe cît de stringente, pe atît de numeroase - sînt asigurate de puncte (posturi) sanitare şi/sau numai de vindecători tradiţionali (cu multiple şi variate practici empirice, încă neverificate ştiinţific). Principalele dificultăţi ce se întîmpină în asigurarea acestor îngrijiri primare de sănătate se referă la :

- aria întinsă a teritoriului şi marea dispersie a populaţiei ;

- volumul şi variabilitatea mare a acestor îngrijiri primare de sănătate;

- apariţia permanentă (ziua şi noaptea) a solicitărilor populaţiei pen-

tru îngrijiri medicale ;

- lipsa cadrelor, materialelor şi fondurilor bugetare sanitare strict necesare ;

- calitatea îndoelnică a îngrijirilor medicale practicate

Rezolvarea primelor trei grupe de dificultăţi este posibilă prin creşterea numărului de puncte (posturi) sanitare, de dispensare medicale şi de cadre medii sanitare. Micile centre populate nejustificând prezenţa unei formaţiuni sanitare specializate şi nici a unui personal sanitar prea calificat, asigurarea cu cadre medii sanitare provenite din sat (cu o formare strict necesară) şi folosirea vindecătorilor tradiţionali (integraţi în sistemul sanitar, prealabil instruiţi şi apoi îndrumaţi) poate constitui un început. Asigurarea calităţii activităţilor acestor cadre se poate obţine prin : stabilirea sarcinilor şi limitarea competenţelor în executarea acestor sarcini (stabilirea a ceea ce trebuie să facă şi pînă unde le este permis să facă, precum şi la ce unitate sanitară să trimită cazurile ce îi depăşesc) ; munca în echipă;instruirea practică,îndrumarea şi coordonarea lor continuă de către eşalonul sanitar superior (în care trebuie să fie integrate aceste formaţiuni sanitare). In acelaş scop, eşalonul sanitar superior (centru de sănătate, spital rural, spital urban apropiat) trebuie să le asigure materialele ce le sînt necesare marelui volum de activităţi (instrumentar, aparatură, medicamente, produse biologice etc.- care să fie simple, uşor de mînuit, eficace şi puţin costisitoare) şi rezolvarea în completare a cazurilor ce-i depăşesc, concordant cu sarcinile şi competenţele ce le-au stabilit acestora. Resursele financiare necesare sănătăţii şi nevoilor esenţiale de asistenţă medicală - problema cea mai grea pentru orice colectivitate - impune stabilirea priorităţilor şi abordarea celor mai stringente. Participarea efectivă a colectivităţii în rezolvarea unor nevoi generale de bază materială pentru ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală eliberează fonduri ce pot fi atribuite strict asistenţei medicale. In gospodărirea resurselor financiare limitate nu trebuie să se uite că investiţia cea mai rentabilă este formarea şi perfecţionarea cadrelor iar măsurile de profilaxie primară şi secundară sînt nu numai cele mai umane dar şi cele mai avantajoase. In obţinerea cooperării beneficiarilor de îngrijiri ale sănătăţii şi de asistenţă medicală este necesară participarea reprezentanţilor pentru elaborarea priorităţilor în raport cu resursele de care se dispune şi a membrilor colectivităţii pentru aplicarea măsurilor simple de largă profilaxie.

In orice teritoriu, pentru realizarea cu eficienţă a îngrijirilor primare de sănătate este necesar ca acestea să facă parte din planurile de dezvoltare social-economică şi să fie coordonate unitar la nivel naţional, regional şi local în relaţie cu celelalte activităţi: sociale, economice, agricole, de educaţie, de asigurare cu apă şi locuinţă, de alimentaţie, de producţie industrială etc.

6.4.2.- Mediul rural şi asigurarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale în România

6.4.2.1.- Particularităţile rurăzului ce condiţionează sănătatea şi asigurarea asistenţei medicale a populaţiei

In România, populaţia rezidentă rurală se diferenţiază de cea urbană prin caracteristici social-economice, prin particularităţi ale mediului şi modului de viaţă şi de muncă şi prin aspecte demografice şi de morbiditate, toate într-o permanentă schimbare şi interdependenţă.

a) Caracteristicile social-economice ale colectivităţilor rurale

Populaţia rurală (11,7 milioane) reprezintă astăzi aproximativ 1/2 din populaţia ţării (78,6% în 1930 şi 50,4% în 1980), cu tendinţă ca această pondere să se reducă la 1/3 către sfîrşitul acestui secol. Amplasate în variate forme de relief (şes, deal, munte, deltă), cele 13.124 de sate (în medie aproape 5 sate/1 comună), şi gospodăriile sătenilor din cadrul acestora, dau o dispersie mare a populaţiei (în medie 850 loc.p. un sat şi 4.100 loc/comună), ceea ce are implicaţii în accesibilitatea şi organizarea asistenţei medicale. Sistematizarea centrelor populate rurale, relativ recent începută, va duce la concentrarea acestor colectivităţi, la creşterea densităţii populaţiei şi la dispariţia în timp a unor sate izolate .

Locuinţa săteanului are caracterele unei gospodării complexe, cu spaţii mari şi cu cele necesare traiului, în care a pătruns - odată cu lumina electrică - maşinile de uz casnic şi gospodăresc. A început şi se dezvoltă construcţia blocurilor de locuit care vor duce la creşterea densităţii în cadrul centrului populat .

Alimentarea cu apă potabilă şi îndepărtarea reziduilor se asigură prin sistemul tradiţional (fîntîni, latrine simple sau betonate, gropi pentru gunoiul menajer), cu tendinţe de a se dezvolta instalaţiile centrale de apă şi de canalizare cu ameliorarea cantitativă şi calitativă a apei potabile şi a igienei personale şi a gospodăriei . In centrele de comună se extind serviciile publice de tip urban : magazine complexe, servicii de întreţinere şi reparaţii, unităţi şcolare şi de culturalizare, reţeaua telefonică, numărul autovehiculelor, căi de comunicaţie modernizate, numărul aparatelor de radio şi televiziune etc. Cuprinderea copiilor şi tinerilor în instrucţia preşcolară şi şcolară asigură baza creşterii nivelului cultural şi a educaţiei pentru sănătate .

Unităţile de producţie locală şi de artizanat sînt în aria centrului populat, cele de tip agrar sau agro-industrial se găsesc la periferia lui iar unităţile silvice şi piscicole sînt amplasate la distanţe mai mari.

Ridicarea continuă a nivelului general de trai, sporirea veniturilor

anuale ale țărănimei au determinat ca populația rurală să se hrănească, să locuiască și să se îmbrace mai bine .

b) Particularitățile mediului și modului de viață și de muncă

Tradiționalele așezări rurale, cu gospodăriile și îndeletnicile legate de valorificarea solului și cu locurile de muncă în afara localității s-au schimbat radical prin transformarea socialistă a agriculturii; s-a trecut de la mica gospodărie individuală la marea gospodărie agricolă socialistă cu mecanizarea muncilor și dezvoltarea industriei legată de agricultură - de zootehnie - de prelucrarea fructelor cultivate sau a celor de pădure, a produselor animale și a peștelui și se extinde cultura și prelucrarea plantelor industriale și a lemnului. Se înmulțesc și se dezvoltă zonele rurale cu exploatări carbonifere, petroliere, gaze naturale, ape minerale și a celor care folosesc resursele naturale pentru producerea energiei electrice. Acestea fac ca în actualul rural să existe și alte activități economice și profile ocupaționale decît cele legate de agricultură. Toate acestea oferă nu numai noi condiții de viață și de muncă ci și noi factori particulari ce pot condiționa sănătatea, și anume :

- manipularea și întreținerea mașinilor agricole, extinderea folosirii îngrășămintelor chimice și a pesticidelor dau noi probleme de igienă și pentru tehnica securității muncii, oferă riscuri pentru noi aspecte de patologie generală și profesională - pentru toate vîrstele și mai ales la cele economic active ;

- sezonalitatea muncilor agricole - existentă în continuare datorită specificului acestei ramuri economice - , cu perioade de activitate intensă (primăvara, vara și toamna), cu durate mai mari de muncă și variații de efort și cu suportarea variabilității factorilor metereologici dau riscuri curente pentru afecțiuni acute respiratorii, pentru boli ale sistemului osteoarticular și ale pielii ;

- marea dispersie și fluctuație a locurilor de muncă amplasate departe de domiciliu și naveta ocupațională în alte localități amplifică oboseala, pun probleme de cazare sau de adăpostire la intemperii și influențează nefavorabil alimentația ;

- participarea la muncile agricole a femeilor, vîrstnicilor, handicapaților și școlarilor - mai ales la strîngerea recoltelor din perioada cu intemperii a toamnei - crește riscul îmbolnăvirilor și agravării bolilor existente și impun măsuri suplimentare de ocrotire și instrucție sanitară, de supraveghere a sănătății lor și de mobilitate mai mare a cadrelor sanitare teritoriale .

Dar, pe lîngă acestea, mediul de viață rural - fără aglomerare, fără ritm accelerat și poluare, cu viața în aer liber și mai puțin solicitantă - exercită o influiență binefăcătoare asupra sănătății și favorizează un echilibru psihic mai armonios. Modul de viață este cel al gospodăriilor individuale în

care pătrund lent dar continuu elemente ale modului de viaţă urban .

c) Principalele aspecte demografice şi de morbiditate

Mediul rural are în prezent nivele mai mici ale natalităţii decît a populaţiei urbane şi o rată mai mare de creştere a frecvenţei întreruperilor de sarcină (tabel 88) , ultima cu importante riscuri de îmbolnăviri ale aparatului feminin de reproducere, de sterilitate secundară şi de mortalitate maternă. Mortalitatea generală şi infantilă au în mod constant nivele mai mari în rural, mortalitatea generală cu o accentuată tendinţă de creştere (datorită ponderii vîrstelor avansate şi mortalităţii primilor ani de viaţă) şi mortalitatea infantilă cu rate mai mici de scădere. Acestea contribuie în rural la un sper natural (tabel 88) şi la o durată medie a vieţii mai reduse. Tineretul şi mai ales bărbaţii de vîrste active migrează în centrele industrializate, ceea ce contribuie la reducerea sperului total, la feminizarea şi îmbătrînirea forţei de muncă de la sate. La grupele marginale de vîrstă (copii şi vîrstnici) din rural există o incidenţă mai mare a îmbolnăvirilor acute respiratorii, la copii - tineri şi adulţi sînt frecvenţe mai mari prin hepatită virală, îmbolnăviri diareice acute şi tuberculoză, iar la vîrstele active - un potenţial de zoonoze . Intoxicaţiile prin pesticide şi traumatismele casnice şi din agricultură afectează copiii şi vîrstele active iar prevalenţa bolilor cronice este mare la adulţi şi vîrstnici pentru aparatul cardio - vascular, respirator, locomotor, digestiv, carii dentare şi boli genito - urinare. Cele 2,3 milioane de internări pe an în spitale se datoresc mai ales complicaţiilor sarcinii, naşterii şi lăuziei, bolilor respiratorii, digestive, cardiovasculare, traumatisme şi bolilor infecţioase; cu o supramorbiditate spitalizată faţă de populaţia urbană prin boli respiratorii, traumatisme, boli neurologice şi locomotorii . Incapacitatea temporară de muncă şi invaliditatea la populaţia de vîrste active sînt date de bolile cu gravitate sau durată mai mare (cardio - vasculare, tuberculoză, neuro-psihice, traumatisme) . Mortalitatea populaţiei rurale are un tablou asemănător ca a populaţiei urbane dar cu nivele mai mari prin boli acute şi cu frecvenţe mai mari de cronicizare .

Tabel 88.- Principalele fenomene demografice ale mediului rural şi urban din Romania. Evoluţie comparativă . x)

	r u r a l		u r b a n	
	1972	1981	1972	1981
- natalitate	2o,3	16,7	16,8	17,5‰
- frecvenţa întreruperilor de sarcină la 1ooo femei 15 - 49 ani	4o,7 (1969)	74,1	64,5 (1969)	85,o
- mortalit.gen.	1o,o	11,6	8,1	8,4
- mortalit.inf.	42,5	32,6	35,8	24,4
- sper natural	1o,3	5,1	8,7	9,1

Principalii factori cauzali şi cu risc de îmbolnăvire se găsesc în mediul şi modul de viaţă şi de muncă, particulari colectivităţilor rurale: factorii

x) Sursa : Anuarul statistic al RSR.

meteorologici (cu intensitate şi frecvenţă variabilă), insuficienta preocupare pentru asigurarea cantitativă şi calitativă cu apă potabilă cu consecinţe în igiena gospodăriei şi a familiei, alimentaţie neraţională - mai frecvent deficitară în albumine şi calorii mai ales în perioadele de efort ale muncilor agricole, insuficienta prevedere în manipularea utilajelor, maşinilor şi substanţelor toxice din agricultură şi silvicultură, pentru evitarea traumatismelor şi intoxicaţiilor, naveta ocupaţională pe perioade scurte şi medii de timp cu implicaţii în cazare, alimentaţie şi în igiena personală.

Aşa dar, condiţiile de viaţă şi de muncă dau un risc mai mare pentru bolile acute respiratorii şi zoonoze, pentru microtraumatisme şi intoxicaţii, pentru oboseală fizică şi lipsă de igienă personală. Iar dispersia satelor şi a populaţiei oferă un plus de dificultate pentru prezentare precoce la serviciile medicale în caz de îmbolnăvire şi pentru supravegherea rezolvării bolnavilor.

6.4.2.2.- <u>Organizarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale a populaţiei rurale</u>

Preocupări organizate pentru sănătatea populaţiei rurale din ţara noastră încep prin "Legea Sanitară " din 1910 (apariţia circumscripţiilor sanitare, de dispensare pentru consultaţii gratuite, de infirmerii rurale) şi apoi prin " Legea Sanitară " din 1930 (creierea inspectoratelor generale de ocrotire, a serviciilor sanitare judeţene, a plăşilor sanitare, a serviciilor sanitare şi a celor de ocrotire comunală). Pînă în 1944, chiar prin construirea de dispensare medicale şi de spitale rurale şi prin încadrarea de medici şi cadre medii la acestea, situaţia populaţiei rurale a continuat să rămînă cu grele probleme de sănătate (boli infecţioase, mortalitate generală şi materno - infantilă, boli cu extindere în masă - malarie, tuberculoză, pelagră, guşă endemică, sifilis etc). După 1944, prin preluarea şi conducerea de către statul socialist a ocrotirii sănătăţii întregii populaţii - înscrisă ca obligaţie în constituţia ţării -, politica sanitară a statului - orientată pentru " asigurarea sănătăţii pentru toţi" a inclus prioritar şi rezolvarea problemelor de sănătate a colectivităţilor rurale. Organizarea şi finanţarea de către stat a acţiunilor antiepidemice şi sanitare, înfiinţarea caselor de naşteri - a staţionarelor de copii şi a bucătăriilor de lapte, dezvoltarea şi organizarea dispensarelor medicale comunale şi - în satele îndepărtate - a punctelor sanitare, creşterea numărului de medici şi de cadre medii, gratuitatea asistenţei medicale şi cu medicamente etc.- în contextul general de măsuri economice, sociale, culturale de creştere a nivelului de trai material şi spiritual - au dus la importante ameliorări a sănătăţii populaţiei rurale .

Organizarea ocrotirii sănătăţii şi a asistenţei medicale a populaţiei rurale s-au dezvoltat şi perfecţionat odată cu dezvoltarea economică, socială şi sanitară a întregii ţări - insistîndu-se pentru reducerea decalajului nive -

lului de sănătate dintre sat şi oraş - în cadrul priorităţilor (mamă - copil, tineret, populaţie economic activă, boli acute şi cronice) înscrise în programele sanitare naţionale şi teriteriale şi încadrate în planurile de dezvoltare economică şi socială .

Ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală a populaţiei rurale se asigură concordant cu nevoile şi posibilităţile fiecărei etape, prin măsuri complexe generale şi diferenţiate - economice, sociale, culturale şi sanitare - prin participarea tuturor sectoarelor vieţii social-economice din comună şi de la oraşe, a unităţilor cooperatiste, a organizaţiilor de masă şi obşteşti şi a serviciilor medicale, avînd la bază principiile de organizare a ocrotirii sănătăţii, legislaţia generală şi sanitară .

Dintre <u>principiile generale de ocrotire a sănătăţii</u> - ce se aplică integral şi la populaţia rurală - cîteva îşi justifică adaptarea lor la particularităţile colectivităţilor săteşti, şi anume :

a) - <u>profilaxia largă</u>, aplicată de toate unităţile economico-sociale-culturale şi de către gospodăriile sătenilor ca să se asigure un mediu şi un mod sănătos de viaţă şi de muncă şi să se realizeze promovarea şi apărarea sănătăţii şi <u>atitudinea preventivă şi activă</u> în asistenţa medicală - cu accent pe familii şi colectivităţi - pentru depistarea şi rezolvarea precoce a bolilor şi factorilor ce le condiţionează ;

b) <u>accesibilitatea populaţiei la asistenţă medicală</u> de medicină generală (îngrijiri primare de sănătate şi de asistenţa medicală) - în primul rînd şi la asistenţa medicală specializată, prin :

- apropierea de domiciliu şi colectivităţi (ocupaţionale şi şcolare) a formaţiunilor sanitare de prim contact (puncte sanitare şi farmaceutice pentru sate şi colectivităţi, dispensare medicale şi farmacii pentru comune, unităţi stomatologice complete pentru grupe de comune ;

- asigurarea cu spital şi policlinică în oraşul apropiat, cu capacităţi şi specialităţi în raport cu numărul populaţiei urbane şi rurale arondate şi cu morbiditatea acestora ;

- dezvoltarea continuă a îngrijirilor primare de sănătate şi de asistenţă medicală pe orizontală - ca să se asigure cuprinderea populaţiei şi pe verticală - ca să se rezolve variabilitatea nevoilor de sănătate ale acesteia ;

- dezvoltarea formelor active de asistenţă medicală (depistări clinice şi cu tehnici simple de laborator, dispensarizarea persoanelor şi grupelor vulnerabile) de către dispensarul medical împreună cu spitalul său teritorial pentru realizarea priorităţilor programului sanitar teritorial, cu concentrarea acţiunilor în familii şi colectivităţi ;

- cuprinderea în gratuitate a acţiunilor medicale şi a grupelor de boli sau de populaţie, conform reglementărilor .[x)]

x) Decret 246/958 cu completările ulterioare, decret 254/1971 şi instrucţ. C2-1963/1971 ale MS pt. cooperatori agricoli, legea 4 şi 5/1977 privind pensiile şi alte drepturi de asig. seciale ale cooperatorilor agricoli şi ale ţăranilor din zone necooperativizate.

c) - <u>teritorializarea şi ierarhizarea asistenţei medicale</u>, cu :

- delimitarea teriteriului pentru fiecare formaţiune sanitară (sat sau colectivitate pentru punctul sanitar, grupe de sate, comună sau mari unităţi economice pentru dispensarul medical, grupe de comune pentru spitalul rural, zone mai mari de comune pentru spitalul urban cu policlinică, etc)- schema 25 ;

- stabilirea atribuţiilor şi competenţelor [x] - cu asigurarea cadrelor şi dotărilor necesare - pentru fiecare din aceste formaţiuni sanitare (fig.76).

Acestea constituie supertul asigurării unui sistem organizatoric şi funcţional teritorial de asistenţă medicală (schema 25) care acţionează integrat pentru :

- realizarea diferenţiată şi completă a nevoilor de sănătate şi de asistenţă medicală a populaţiei, şi anume : îngrijirile primare de sănătate şi de asistenţă medicală - ce reprezintă nevoile cele mai mult pentru sănătate şi volumul cel mai mare de activitate al cadrelor - de către eşalonul de prim contact (dispensarul medical cu punctele sale sanitare) şi asistenţa medicală de specialitate (completarea - corectarea rezolvării cazurilor ce depăşesc posibilităţile dispensarului medical) - de către spitalul teritorial urban cu policlinică ;

- realizarea în comun (dispensar medical-spital teritorial) a priorităţilor programului sanitar pentru fiecare colectivitate rurală ;

- creşterea calităţii asistenţei medicale prin îndrumarea şi tehniciza - rea cadrelor dispensarului medical de către spitalul teritorial ;

d) <u>creşterea responsabilităţii individuale şi colective faţă de sănătate</u> (prin instrucţie generală şi sanitară) pentru realizarea unui mod sănătos de viaţă şi de muncă, pentru cunoaşterea şi evitarea riscurilor de îmbolnăvire şi de agravare a bolii, pentru prezentarea precoce în caz de boală la formaţiunile sanitare arondate, pentru începerea şi completarea cu îngrijiri simple a bolnavilor în familie şi colectivitate ;

e) <u>participarea tuturor</u> unităţilor economice,sociale,culturale,sanitare, a organizaţiilor de masă şi a populaţiei din comună [xx] <u>la rezolvarea problemelor</u> sanitare ale colectivităţii cu conducerea acestora de către Consiliul Popular Comunal. Aceasta asigură aplicarea profilaxiei largi, dezvoltarea factorilor de protecţie a sănătăţii şi reducerea celor ce condiţionează îmbolnăvirile şi agravările, asigură realizarea programelor sanitare prin integrarea lor în programele de dezvoltare economică şi socială, precum şi condiţiile materiale şi financiare pentru funcţionarea unităţilor sanitare din comună .

<u>Ocrotirea sănătăţii populaţiei rurale</u> din ţara noastră se realizează în cadrul sistemului organizatoric statal (central,judeţean şi comunal)- vezi capit.4.4. şi schema 13 - , are la bază legislaţia generală şi sani -

---

x) Conform Legii 3/1978 şi Normelor generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare aprobate prin ordin MS nr. 56/1974;

xx) Conform Legii 3/1978.

tară [x] şi - la nivelul colectivităţilor rurale - aparţine ca obligaţie legală (legea 57/968 şi legea 3/1978) : Consiliului Popular Comunal, unităţilor economice (inclusiv coop. agricole de producţie) - sociale şi culturale, dispensarului medical sprijinit de spitalul urban teritorial, organizaţiilor de masă şi obşteşti şi fiecărui cetăţean al comunei. Consiliul Popular Comunal - ca organ local al puterii şi administraţiei statului - asigură conducerea şi organizarea ocrotirii sănătăţii cu participarea tuturor sectoarelor vieţii social-economice şi a populaţiei (legea 57/1968 şi legea 3/1978) .

Asistenţa medicală a populaţiei rurale se realizează în cadrul sistemului naţional şi teritorial de instituţii medicale (vezi fig. 77). Pe plan naţional, conducerea - îndrumarea şi controlul asistenţei medicale rurale se realizează de Ministerul Sănătăţii, iar pe plan zonal - Institutele de specialitate şi clinicile Institutelor de Medicină şi Farmacie îndrumă şi sprijină executarea programelor sanitare pînă la circumscripţia sanitară rurală . La nivel judeţean, organizarea - îndrumarea şi controlul asistenţei medicale rurale se execută de Direcţia Sanitară Judeţeană, de secţiile şi serviciile spitalului judeţean şi de celelalte unităţi sanitare judeţene (fig. 77 şi schema 25). La nivel teritorial, asistenţa medicală directă a populaţiei rurale, aparţine ca obligaţie (legea 3/1977, decret 296/1973) :

- dispensarului medical comunal cu formaţiunile sanitare şi farmaceutice ;
- spitalului rural (acolo unde există) şi
- spitalului teritorial urban cu policlinică, din care funcţional face parte dispensarul medical comunal (fig. 77 şi 78, schemele 14, 16 şi 25) . In teritoriul arondat (urban şi rural), spitalul urban cu policlinică asigură organizarea şi conducerea tehnică a asistenţei medicale. Acestea reprezintă sistemul teritorial de asistenţă medicală al întregii populaţii, care - în situaţii ce-l depăşesc - apelează la unităţile judeţene, la cele din centrele medicale universitare sau la institutele de specialitate republicane .

In sistemul teritorial de asistenţă medicală (spitalul orăşenesc , cu policlinica şi dispensarele medicale urbane şi rurale) se asigură rezolvarea completă a bolnavilor şi bolilor, aplicarea şi realizarea programelor sanitare, conform cu sarcinile şi competenţele atribuite fiecăruia prin ierarhizarea asistenţei medicale (vezi cap. 4.5.) şi anume :

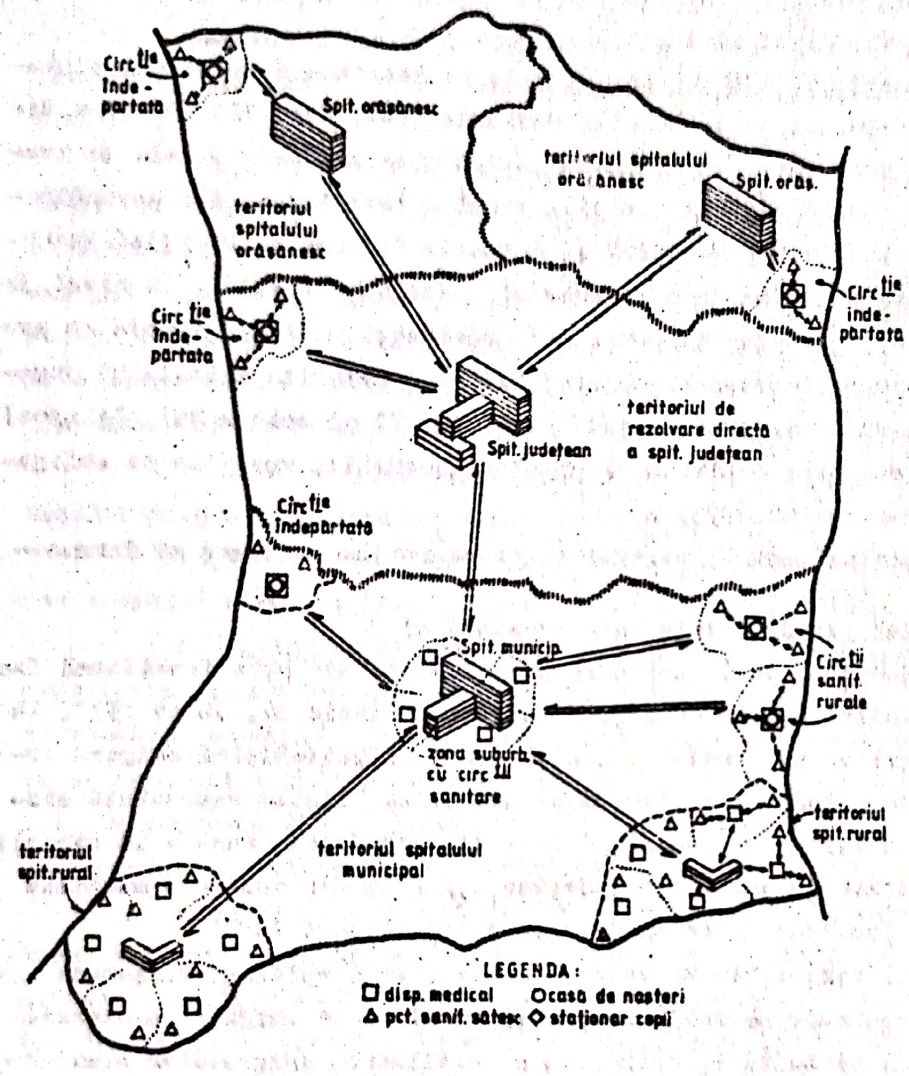
- dispensarul medical comunal, cu formaţiunile sale din circumscripţia sanitară asigură îngrijile primare de sănătate şi de asistenţă medicală ;
- spitalul teritorial orăşenesc cu policlinică (cu participarea şi altor unităţi : sanatorii, preventorii, farmacii etc.) asigură curent completa-

x) Constituţia, Codul familiei, Codul muncii, Statutul CAP, legea 3/1978, legea 3,4, 5/1977, decretul 246/1958 şi HCM 88e/1965 cu completările pentru cooperatorii agricoli, legea 5/1965, Decret 296/1973, legea 57/1968, legea 58/1974 ş.a.

roa şi corectarea asistenţei medicale şi intervine direct în colectivitate cînd sînt depăşite posibilităţile de rezolvare ale dispensarului (din activitatea curentă şi în situaţii deosebite - epidemii , inundaţii, cutremure, accidente la grupuri de populaţie) ;

- ambele eşaloane (spitalul şi dispensarele medicale comunale) asigură aplicarea şi realizarea programelor sanitare în colectivităţile rurale din teritoriul arondat .

Schema 25- SISTEMUL JUDETEAN DE ASIGURARE A ASISTENTEI MEDICALE PENTRU POPULATIA RURALA



In asigurarea asistenţei medicale a populaţiei de către spitalul orăşenesc teritorial, sarcinile şi atribuţiile tuturor secţiilor din spital şi a serviciilor din policlinică ajung pînă în dispensarele medicale rurale din teritoriul arondat. In plus , serviciile şi secţiile de bază din policlinică şi spital (interne, obstetrică, pediatrie), serviciile tehnice generale (de diagnostic şi tratament) şi farmacia au corespondente (ca subunităţi avansate) în structura organizatorică a dispensarului medical rural : cabinetul de consultaţii de adulţi şi copii, cabinetul stomatologic, casa de naşteri, staţionarul de adulţi şi copii, punctul de laborator, punctul farmaceutic (vezi fig. 78, schemele 14 şi 16) .

Structura organizatorică a dispensarului circumscripţiei sanitare rurale (cabinete de consultaţii, puncte sanitare şi farmaceutice, casă de naşteri, staţionar de copii şi adulţi) şi asigurarea cu cadre se stabilesc în raport cu

numărul populaţiei comunei şi dispersia ei în sate, depărtarea comunei de centrul medical urban, cu numărul şi mărimea colectivităţilor şcolare şi ocupaţionale şi cu preblematica de sănătate a populaţiei (decret 296/973) .

Multiplele sarcini şi marele volum de activitate din planul anual de lucru al dispensarului medical comunal pot fi grupate în :

- activităţi curente : consultaţii (în program zilnic la dispensar şi în 1-2 zile pe săptămînă la fiecare punct sanitar), vizite în familii, controale medicale în zile fixe din săptămînă pentru grupele vulnerabile (gravide, copii , vîrstnici, expuşi la risc, bolnavi în dispensarizare), tratamente, educaţia sanitară cu orice activitate medicală, asigurarea asistenţei la naştere (în casa de naşteri, la sarcinile fără risc), acordarea primului ajutor în urgente şi măsuri de rezolvare în continuare a acestora - ceea ce necesită permanenţă de cadru mediu în dispensar (în orele din zi cînd celelalte cadre sînt programate în alte activităţi şi în timpul nopţii) - schema 26 .- ;

- acţiuni permanente : supravegherea diferenţiată a sănătăţii mediului şi a grupelor vulnerabile (familii, colectivităţi, focarelor de boli transmisibile, gravidelor, copiilor, persoanelor de vîrstă activă ocupate în muncă, expuşilor la riscul îmbolnăvirii sau agravării etc) prin asigurarea prezenţei cadrelor în sate şi colectivităţi (şcolare, ocupaţionale) după un program de lucru săptămînal (schema 26) aprobat prealabil de Consiliul Popular Comunal şi afişat în unităţi şi sate ;

- acţiuni programate calendaristic : vaccinări, depistări biologice, controale sanitare curente, examinarea sănătăţii unor grupe de populaţie (şcolari ,recruţi,expuşi la riscul îmbolnăvirilor, dispensarizaţi , etc), cursuri şi conferinţe de educaţie sanitară etc. ceea ce necesită concentrarea forţelor şi prealabilă pregătire a celor necesare .

In realizarea cu eficacitate şi eficienţă a acestora sînt necesare:folosirea raţională a cadrelor superioare şi medii, adoptarea unui mod judicios de lucru de către întreaga echipă şi o bună coordonare a muncii pe an - pe lună şi pe săptămînă.

In folosirea rațională a cadrelor se are în vedere că în exercitarea responsabilităţilor, medicii şi cadrele medii lucrează după profilul diplomei şi, că indiferent de acesta, nevoile de asistenţă medicală, pretind realizarea următoarelor activităţi (în raport şi cu competenţele fiecăreia) :

- asigurarea primului ajutor şi a rezolvării în continuare a cazului (medici şi cadre medii) ;

- supravegherea epidemiologică a teriteriului în care execută zilnic alte activităţi (medic şi cadre medii) ;

- participarea în acţiunile programate calendaristic - vaccinări, examinări medicale ale populaţiei, depistări biologice - (medici şi cadre medii);

- asigurarea consultaţiilor în dispensar în zilele de duminică (medicii) ;

- educaţia sanitară : conferinţe şi indicaţii (medicii), cursuri şi sfaturi cu orice activitate (medicii şi cadrele medii) ;

- asigurarea tratamentelor în dispensar, la puncte sanitare, în familii (cadre medii) ;

- vizite în familii şi colectivităţi (cadre medii) ;

- asigurarea permanenţei în dispensar ziua şi noaptea (cadre medii, prin programare) .

In situaţiile în care unele profile de cadre medii lipsesc (neîncadrarea postului, concedii, zi liberă săptămînală etc) acestea se înlocuiesc cu cadrul mediu ce are profilul diplomei cel mai apropiat .

Asigurarea îndeplinirii activităţilor curente, a acţiunilor şi activităţilor permanente şi programate, cît şi a celor imprevizibile necesită adaptarea următorului mod de lucru de către toate cadrele dispensarului :

- tehnic, ca să asigure rezolvarea optimală a acţiunilor şi activităţilor ;

- activ, ca să realizeze depistarea şi rezolvarea bolnavilor şi bolii în populaţie şi a factorilor ce le condiţionează ;

- mobil în timp, în aria circumscripţiei sanitare şi în activităţi, ca să realizeze cuprinderea şi stăpînirea volumului de activităţi şi a problemelor de sănătate a populaţiei ;

- permanent (ziua şi noaptea), ca să asigure accesibilitatea populaţiei;

- diferenţiat, ca să obţină realizarea priorităţilor;

- epidemiologic, ca să realizeze profilaxia îmbolnăvirilor şi agravărilor şi reducerea implicaţiilor acestora ;

- cu solicitudine, ca să obţină încrederea şi cooperarea populaţiei în realizarea unui mediu sănătos de viaţă şi de muncă, în prezentarea precoce în caz de îmbolnăvire şi în refacerea sănătăţii .

In coordonarea acţiunilor, activităţilor şi cadrelor dispensarului se elaborează planul de muncă, programul de sănătate a populaţiei şi programul (graficul) săptămînal de lucru al personalului medical. Planul anual de muncă se elaborează pe baza sarcinilor de plan date de către Direcţia Sanitară şi în raport cu situaţia sanitară a fiecărei circumscripţii (cu repartizarea sarcinilor de plan pe trimestre şi luni) . Programul de sănătate a populaţiei cuprinde : obiective, priorităţi, acţiuni, măsuri tehnico - organizatorice - cu responsabilităţi pe cadre şi perioade (termene) de execuţie (vezi 6.4.2.3.). Programul (graficul) săptămînal de lucru conţine repartizarea zilnică a cadrelor pe forme de activităţi, subunităţi sanitare şi sate (schema 26). In elaborarea lui se ţine seama de:

- numărul, mărimea şi apropierea între ele a satelor ;

- numărul şi profilul cadrelor superioare şi medii ;

- asigurarea consultaţiilor (inclusiv duminica), a centrealelor medicale etc. în dispensar şi la punctele sanitare. Cînd există un singur medic - în dis-

pensar acesta execută program zilnic fracționat și cînd există mai mulți medici se execută program zilnic în două ture (conf. ord. M.S. 262/198o) ;

Circumscripția sanitară

Schema 26 - PROGRAM DE LUCRU SAPTAMINAL

- 5 sate	normare cadre decret 296/1973
- 5100 loc.	- 2 medici
- c.nast.5 pat	- 7 c. medii
- st.copii 5 pat	- 1 îngrijitor
- 2 pct san sat B,D	

Cadrele / Ziua		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Simbata	Duminica
Medic med.gen.adulți		LIBER	Punct sanit.B	Punct sanit.A	Consult.pre-nat.la disp.	Punct sanit.D	Punct sanit.C	Camin cult.
Medic med.gen.copii		Punct sanit. B	Consult.puericult.dispensar	Punct sanit.D	Punct sanit.C	Punct sanit. A	LIBER	Cam.cult. sat.
Cadre medii	obstetrica	Casa de nasteri, cabinet consultații, tratamente						LIBER
	obstetrica	Punct sanit. D	Punct sanit.C	Punct sanit.A	la cons. prenat sat D	LIBER	Punct sanit. C	Scoala mamei disp.
	pediatrie	LIBER	Staționar copii, cabinet consultații, tratamente					
	pediatrie	Punct sanit. B	la consult. puericult sat D	LIBER	Punct sanit.C	Punct sanit.A,B	Punct sanit.D	Scoala mamei disp.
	ocrotire	Punct sanit. A	la consult. puericult.	Punct sanit. D	la cons. prenat. sat B	Punct sanit.C	Punct sanit.A	LIBER
	medicala	Dispensar	LIBER	Punct sanit. B	Punct sanit. A	Punct sanit. D	Punct sanit.C	Dispensar
	of. sanitar	Punct sanit.C	Punct sanit. B	Punct sanit. C	LIBER	Punct sanit.A	Punct sanit.D	san. minim
Ingrijitoare		Dispensar, casa de nașteri				LIBER	si staționar	

consultații la dispensar ; activitate la dispensar: ședința de lucru săptămînală ; liber

- participarea cadrului mediu de profil la controlul medical al unor grupe (gravide, copii,bolnavi) în ziua fixă din săptămînă ;

- asigurarea permanenței cu un cadru mediu în dispensar, ziua (cînd celelalte cadre sînt în teren) și noaptea (pentru activitatea din timpul nopții se poate acorda timp liber în compensare pentru timp efectiv lucrat). Cînd există un număr mic de cadre medii se programează prin rotație cîte unul să fie prezent la domiciliu, iar în comunele cu spital în localitate - asistența de urgență a populației pe timpul nopții se asigură de personalul de gardă al spitalului - lui (conf. ord. M.S. 262/198o) ;

- asigurarea prezenței zilnice (sau la două zile) a unui cadru mediu în fiecare sat (grupe de sate apropiate) ;

- stabilirea unei zile fixe din săptămînă (sîmbătă sau luni) pentru raport al sarcinilor executate și repartizare de noi sarcini, pentru toate cadrele ;

- asigurarea unei zile libere pe săptămînă (plus o zi liberă pe lună) pentru fiecare cadru superior și mediu (nu obligator duminica) .

6.4.2.3.- Principalele elemente ale unui program de sănătate a populației rurale (zonă, județ, comună)

In elaborarea și aplicarea unui asemenea program se are în vedere că el face parte din programul de sănătate al întregii populații din același teritoriu și operează în sistemul teritorial global al ocrotirii sănătății și al asistenței medicale .

Principalele lui elemente sînt :

a) Numărul de locuitori : dispersia satelor în teritoriu şi a gospodăriilor în centrul populat ; structura pe vîrste, după nivelul de instruire, ocupaţii etc. a populaţiei ;

b) Particularităţile colectivităţilor rurale şi tendinţa acestora (geografice, socio-economice, culturale, echipare edilitară, sanitaţie, nivel şi mod de trai etc) ;

c) Morbiditatea şi principalii factori ce o condiţionează, gravitatea şi tendinţa acestora, din care rezultă subgrupe de populaţie, vîrste sau familii mai vulnerabile,cu selectarea priorităţilor pentru ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală ;

d) Resursele materiale şi umane de care se dispune pentru promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii populaţiei ;

- unităţi şi cadre sanitare (capacităţi, profile, dotări, competenţe) ale centrului populat rural şi ale sistemului teritorial (zonal, judeţean, regional) din care face parte dispensarul medical comunăl ;

- posibilităţile materiale, cadrul organizatoric şi legislaţia ce există pentru realizarea ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale .

e) Elaborarea programului de sănătate de către spitalul orăşenesc teritorial împreună cu dispensarul medical comunal (cu obiective, priorităţi, acţiuni, activităţi, măsuri tehnico - organizatorice) bazat pe resursele disponibile. El trebuie să vizeze : obţinerea neutralizării factorilor cauzali şi cu risc de îmbolnăvire pentru reducerea bolilor, asigurarea îngrijirilor primare de sănătate şi de asistenţă medicală de către cadrele circumscripţiei sanitare şi rezolvarea completă a bolilor şi bolnavilor împreună cu spitalul orăşenesc teritorial, participarea efectivă a tuturor sectoarelor de activitate economică, socială, culturală şi a populaţiei, tehnicizare permanentă, mod activ şi mobil de lucru al cadrelor dispensarului .

Programul se prezintă biroului executiv al Consiliului Popular Comunal - organ local al puterii şi administraţiei statului -, care - după acceptare - se dezbate şi se aprobă în sesiunea de deputaţi, devenind obligatoriu pentru toate sectoarele vieţii economice, sociale şi culturale,pentru populaţie şi pentru dispensarul medical. Conducerea programului aparţine organului care l-a aprobat, iar tehnicitatea lui revine dispensarului medical şi spitalului orăşenesc teritorial .

f) Evaluarea periodică a programului şi corectarea lui necesară, cu informarea concomitentă a organismului ce l-a aprobat. Eficacitatea lui şi eficienţa activităţilor desfăşurate se apreciază cu realizarea obiectivelor stabilite

In asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale a populaţiei rurale-şi a populaţiei în general - participarea serviciilor medicale este eficace şi efi -

cientă în raport cu multiple variabile din care una constă în existenţa unui sistem teritorial armonios de asistenţă medicală. Acesta cuprinde toate eşaloanele : spital urban cu policlinică, dispensare medicale şi celelalte profile de unităţi sanitare . Structura organizatirică, dimensionarea , echiparea , amplasarea în teritoriu şi funcţionalitatea componentelor sistemului trebuie să corespundă permanent cu particularităţile centrelor populate şi cu problemele de sănătate a populaţiei din teritoriul atribuit .

Scanned with OKEN Scanner

7.e. CONDUCEREA UNITATILOR SI ACTIVITATILOR MEDICALE

- Metode şi elemente de conducere -

Pe plan mondial, situaţia sanitară şi rezolvarea ei au o mare variabilitate. Teritoriile în curs de dezvoltare, - cu grele probleme şi mari nevoi de sănătate , - au consumul medical şi resursele necesare cele mai mici; teritoriile dezvoltate economic - cu altă problematică de sănătate şi mari posibilităţi de rezolvare - fac un supraconsum pentru îngrijirea bolii. Totuşi, chiar în situaţiile actuale cele mai bune, rezolvarea problemelor de sănătate ale colectivităţilor nu e la nivelul stadiului actual de dezvoltare tehnică şi ştiinţifică .

Separat de acestea există în prezent - pentru orice teritoriu de pe glob - o creştere a decalajului între nevoile de sănătate şi posibilităţile de rezolvare. Cantitatea şi gama nevoilor sanitare ce ajung uriaşe în unele împrejurări, cererile îndreptăţite de sănătate mereu mai mari şi resursele pentru satisfacerea lor totdeauna insuficiente pun din ce în ce mai grele probleme de rezolvare pentru conducerile colectivităţilor. Serviciile medicale, singure, nu pot să le satisfacă pentrucă sănătatea nu este egală cu medicina, resursele şi tehnologia aparţin altor sectoare social-economice iar comportamentul faţă de sănătate şi pentru un consum raţional de îngrijiri medicale aparţin fiecărui individ în parte. In scopul rezolvării sănătăţii colectivităţilor în asemenea situaţii, conducătorul şi personalul oricărui serviciu medical au nevoie să cunoască, cum şi cît din nevoile de sănătate pot fi asigurate populaţiei şi în ce măsură satisfacerea acestora pot aduce un avantaj social. Capitolul acesta se referă tocmai la asemenea aspecte: metodele şi elementele conducerii serviciilor medicale .

7.1.- Metodele de conducere - planificare şi economia sanitară.

In conducerea serviciilor medicale, executarea activităţilor anticipat gîndite şi economicul (planificarea şi economia sanitară) în realizarea ameliorării sănătăţii - ca metode de conducere - au elemente comune dar şi distincte, ce le asigură identitatea .

In participarea la realizarea aceluiaş obiectiv, ambele fac să se ţină seama de posibilităţi operînd asupra resurselor şi asigurînd coerenţa cu macrosistemul economico-social. Dar, în timp ce planificarea sanitară asigură " echilibrul intra şi intersectorial" oferind " drumul soluţionării obiectivelor ", economia sanitară dă sensul economic de la alegerea soluţiei pînă la măsurarea rezultatelor. Ambele, şi fiecare prin specificul lor, aduc argumente în participarea sectorului sanitar şi a sănătăţii la creşterea economică şi la progresul general al colectivităţii .

7.1.1.- Planificarea sanitară

7.1.1.1.- Despre planificare şi plan

Planificarea a apărut relativ recent, în urmă cu 1/2 secol. Socialismul

a introdus noţiunea de plan ca metodă de bază prin care se urmăresc obiectivele creşterii economice şi pentruca anticiparea în realizarea acestor obiective să aibă asigurate resursele necesare. Ea a intrat, apoi, în practica curentă şi a celorlalte sectoare de activitate, inclusiv în sectorul sanitar. In timp ce ţările socialiste au o îndelungată exersare a planului, iar în activitatea ONU şi OMS este folosită curent de 2 - 3 decenii, în celelalte teritorii - deşi variabil acceptată în totalitatea conceptului - aproape că nu e ţară care să nu-şi conducă dezvoltarea economică şi socială prin planuri de diferite durate (anuale, cincinale etc). In R.S.România dezvoltarea planificată a început din 1951

Planificarea nu înseamnă a face orice plan. Ea se aplică pentru a asigura rezolvarea unor obiective stabilite cu un scop, este elaborarea şi conducerea pe bază de plan a realizării unor opţiuni pentru atingerea scopului .

Cînd intenţionăm să facem (să ameliorăm) ceva în viitorul imediat sau îndepărtat, stabilirea obiectivului este însoţită şi definitivată de compatibilitatea conjuncturală şi de asigurarea resurselor. Aceste două condiţii sînt esenţiale. Fără încadrarea în realităţi şi posibilităţi, obiectivul este inoportun şi/sau nerealizabil. Selectarea obiectivului (obiectivelor) dintr-o listă de nevoi - conform scopului, corelarea cu sectoarele interne şi externe ce asigură materiale, bani, tehnicitate, cadre etc., stabilirea calendarului de execuţie, controlul în perioada de execuţie şi evaluarea îndeplinirii obiectivului constituie - în simplu - nu numai cîmpul planificării ci şi motivaţia apelării la această metodă de conducere .

Planificarea constituie o suită logică de operaţiuni de stabilire, execuţie şi de evaluare a îndeplinirii obiectivului (obiectivelor) în scopul ameliorării unei situaţii în viitor. Esenţa metodei constă tocmai în a hotărî înainte de a executa atît ce - cu ce - cum şi în ce termen cît şi suita de operaţiuni pentru a se realiza scopul. Documentul ce conţine datele, operaţiile şi activităţile ce se anticipează se numeşte plan . El însumează totalitatea prevederilor de dezvoltare concretizate în sarcini şi obiective ce trebuiesc înfăptuite într-o perioadă de timp precum şi mijloacele de realizare a acestora, constituind un cadru coordonat şi echilibrat . Planul serveşte ca instrument principal în conducerea şi executarea activităţilor proiectate, cît şi în aprecierea îndeplinirii acestora .

Prin stabilirea anticipată a principalelor ameliorări în sănătatea populaţiei în raport cu resursele colectivităţii şi execuţia în viitor pentru asigurarea viitorului, planificarea reprezintă o metodă pentru a lucra cu un scop şi a nu lucra " în derivă", zi de zi. Planificarea este în acelaş timp un proces ce permite schimbări pentru obţinerea de ameliorări, este o activitate multidisciplinară ce se desfăşoară sistematic pentru realizarea unui obiectiv .

7.1.1.2.- Necesitatea şi importanţa planificării sanitare

Obiectivele planificării sanitare sînt reprezentate de : satisfacerea

nevoilor de sănătate ale populaţiei şi participarea sectorului sanitar la dezvoltarea social economică şi la progresul general al colectivităţii .

Multitudinea şi marea variabilitate a nevoilor de sănătate ale populaţiei nu se pot rezolva numai de către sectorul sanitar pentrucă resursele necesare aparţin colectivităţii (în ţările socialiste aparţin statului) , iar realizarea profilaxiei primare şi a bazei materiale pentru asistenţa medicală aparţin celorlalte sectoare social - economice (industrie, construcţii, agricultură, educaţie etc) , care - la rîndul lor - au propriile nevoi şi rate de dezvoltare . Situaţia este dificilă în teritoriile unde serviciile medicale aparţin la sectoare diferite; în asemenea situaţii satisfacerea nevoilor de sănătate, mereu în creştere, trebuie să apeleze la alte soluţii şi tactici. In plus, dată fiind condiţionarea sănătăţii populaţiei de factori social-economici, planificarea sanitară pentru realizarea unei sănătăţi mai bune nu priveşte strict numai îngrijirile medicale. Realizarea sau dezvoltarea numai a acestora asigură refacerea sănătăţii la un număr de persoane dar nu realizează ameliorarea sănătăţii colectivităţii . Cîmpul de preocupări pentru un asemenea obiectiv priveşte mai larg, începe de la factorii generali către cei medicali, deci de la acţiunile ce promovează şi întăresc sănătatea (conceptul şi condiţiile de viaţă ce depind de celelalte sectoare social-economice) spre cele care realizează apărarea şi refacerea sănătăţii (care privesc în cea mai mare parte serviciile medicale) . Ca urmare, din considerentele cui aparţin factorii şi resursele, în planificarea unei sănătăţi mai bune participă conducerea colectivităţii - ce dirijează şi antrenează întregul sistem social - economic -, fiecare sector social - economic şi organizaţiile de masă, cît şi serviciile medicale .

In cadrul sistemului general social-economic al colectivităţii, ca şi în interiorul subsistemului sanitar, nici o componentă a acestora nu-şi poate planifica şi realiza o dezvoltare cu mult peste limitele subsistemului din care face parte şi ale sistemului general. Intîi, pentrucă nu poate avea resursele necesare - datorită dependenţei de resurse, apoi - chiar dacă s-ar realiza - ar duce la o dizarmonie dacă nu la un dezechilibru în propriul sistem sau/şi în sistemul general, alte componente rămînînd cu puţine sau fără resurse . Specialiştii din serviciile medicale, ţin foarte greu seama de imperativul interdependenţei obiectivelor lor cu cele ale altor secteare, de faptul că în ultima instanţă realizarea solicitărilor depinde nu numai de fondurile băneşti ci şi de posibilităţile sectoarelor ce execută solicitările (clădiri, aparate, instrumente, medicamente etc). Dacă în faza de propuneri a planului sanitar s-ar însuma toate obiectivele cerute s-ar ajunge la un sector sanitar nu în expansiune ci în explozie. Un astfel de sector sanitar, desprins de mănunchiul general, n-ar avea nici un sens. Acelaş imperativ al coerenţei planului este valabil şi pentru componentele propriului sistem sanitar : nu se pot dezvolta prea mult numai spitalizările sau numai de-

pistările bolii în populaţie ori numai dotarea cu aparatură etc. pentrucă celorlalte componente nu le-ar rămîne resurse să funcţioneze la baza materială existentă . După cum , în consumarea fondurilor băneşti planificate nu se pot cheltui toate fondurile bugetare într-un singur trimestru întrucît pentru restul anului unitatea medicală ar rămîne fără mijloace financiare . Datorită aceluiaş imperativ al coerenţei, planificarea sanitară e posibilă numai în situaţia că toate celelalte componente ale sistemului general lucrează pe bază de plan, şi mai mult , cu cît se înaintează de la eşalonul medical de bază (dispensarul medical) spre eşaloanele superioare (spital judeţean, institute medicale de specialitate) şi către vîrful piramidei sistemului organizatoric sanitar cu atît creşte cîmpul dependenţei de celelalte sectoare ale sistemului general social - economic .

Pe lîngă rolul de a căuta soluţii de asigurare a unui echilibru, întîi între componentele propriului sistem (intrasectorial), datorită resurselor limitate - planificarea sanitară are şi rolul dificil de a seria priorităţile şi a face renunţări pentrucă rezolvarea în aceiaşi perioadă de timp a tuturor problemelor de sănătate a populaţiei nu e posibilă, iar abordarea dintr-o dată a tuturor problemelor de sănătate ar duce la pulverizarea resurselor şi implicit la nici o problemă rezolvată. In scopul cunoaşterii problemelor de sănătate şi a rezolvării lor optimale (tehnic şi financiar) , în procesul de " cîntărire " a priotirăţilor şi renunţările, de la începutul elaborării şi pe parcursul executării planului, intervine permanent , " decizia " ca alegere din mai multe soluţii previzibile şi posibile pentru realizarea scopului. După cum , în acelaş proces al planificări - de stabilire şi executare a planului - pe lîngă previziune şi dirijare , intervin şi celelalte funcţii ale conducerii - de organizare şi control. La rîndul ei, însuşi planificarea e o parte din procesul de decizie unde componente ale deciziei sau soluţii apropiate sînt în competiţie. In asemenea cazuri rolul planificării este de a practica intervenţii selective într-un sistem mobil şi complex oferind elementele necesare pentru a se asigura un vitor mai bun, pentru armonizarea componentelor sistemului sau pentru opţiuni în care latura umanitară faţă de cea financiară a obiectivului are prioritate .

Ca urmare, necesitatea de a planifica şi importanţa planificării decurg tocmai din diversitatea situaţiilor , nevoilor şi posibilităţilor , din competiţia între elementele sistemului şi din diversitatea soluţiilor , a eficacităţii şi eficienţei acestora pentru a asigura continuu o sănătate mai bună. Deaceea , planificarea sanitară - ca şi planificarea în general - constituie şi un mijloc de rezolvare a unor situaţii complexe , ea identificînd şi reducînd diferenţele între existent şi necesar , între nevoi şi resurse , operînd intrasectorial şi intersectorial, ordonînd priorităţile şi intervenind cu adaptări la situaţii imprevizibile (replanificări)

pe oarcursul executării planului, pentru a se realiza scopul stabilit. Aşa dar, prin ce şi cum realizează, ca metodă de conducere a serviciilor de sănătate, planificarea sanitara - ramură adaptată pentru sistemul sanitar a disciplinei de planificare - în sinteză , îşi justifică importanţa pentrucă oferă elemente şi intervine în :

- a) dirijarea activităţii ;
- b) organizarea ştiinţifică a activităţii şi acţiunilor ;
- c) mobilizarea şi valorificarea resurselor umane şi materiale ;
- d) creşterea eficacităţii şi a eficienţei ;
- e) introducerea progresului tehnic şi ştiinţific ;
- f) echilibrarea şi armonizarea susbsistemului sanitar şi a acestuia cu sistemul teritorial .

De aci şi necesitatea ca personalul medical să cunoască conţinutul şi limitele planificării .

7.1.1.3.- Principiile folosite în planificarea sanitară

In exercitarea rolului ei, planificarea sanitară, foloseşte următoarele principii :

a) - al dezvoltării proporţionale a elementelor sistemului (intresectorială), prin determinarea nevoilor şi posibilităţilor şi prin intervenţie în elaborarea şi coordonarea armonizării lor (eşaloane medicale, specialităţi, teritorii etc). Dimensionarea şi fundamentarea acestora se face pe baza indicatorilor de sănătate şi morbiditate , a indicatorilor ce arată stadiul de echipare, dotare şi încadrare (servicii ambulatorii şi spitaliceşti, aparatură, cadre etc) , a celor care arată volumul lor de activitate şi gradul lor de utilizare (consultaţii, depistări, vaccinări, zile de spitalizare etc) şi a celor care arată eficacitatea (ca măsură a gradului de realizare pentru obiectivul stabilit), costul (pentru o depistare clinică sau de laborator, pentru o zi de spitalizare etc) şi eficienţa (ca raport între efortul uman, material şi financiar depus şi efectul util obţinut) ;

b) - al interdependenţei între componentele micro şi macrosistemului - general - teritorial şi sanitar - . Aşa cum s-a menţionat mai înainte acest principiu îşi are valabilitatea atît în sistemul organizatoric sanitar (teritorial şi naţional) cît şi pentru toate sectoarele activităţii social economice la nivelul fiecărui teritoriu şi la nivel naţional, pentrucă interconexiunea unui sistem face ca niciun eveniment să nu poată fi singular . La elaborarea planului cît şi în realizarea lui se urmăreşte ca propunerile şi sarcinile de plan pentru obiectivul unui sector (producerea de medicamente etc) să fie asigurate de către toate celelalte sectoare ce au activităţi în specificul lor (materie primă, fiolaje, transporturi, energie etc) ;

c) - al continuităţii în planificare, ce constă din îmbinarea planifi-

cării curente cu cea de perspectivă, prima derivînd din cealaltă şi ambele fiind necesare pentru a se realiza scopul stabilit. In acest sens, din planurile pentru perioade îndelungate (de lung termen, de perspectivă), ce conţin direcţiile şi obiectivele fundamentale , se extrag planurile pe perioade scurte (de scurt termen), planurile curente ce conţin sarcinile anuale şi trimestriale. Planurile curente concretizează obiectivele planurilor de perspectivă la nivel de macro şi microsistem, îndeplinirea lor asigurînd realizarea direcţiilor din planurile de lung termen. Planurile cincinale, ca planuri de perspectivă sînt elaborate, la rîndul lor, pe baza prognozelor (pentru perioade mai îndepărtate , dela 1o la 2o ani), ce sînt înscrise în programul general de dezvoltare a societăţii, elaborat şi aprobat de către organismele superioare de partid şi de stat. Prin acest principiu al continuităţii se asigură îmbinarea obiectivelor imediate cu cele de perspectivă ale sănătăţii, în general şi ale fiecărui sector în parte la nivel naţional şi teritorial .

Aşa dar, teoretic şi în practică, după durata pentru care se face anticiparea şi după gradul de detaliere, planurile sanitare - ca şi în celelalte sectoare- sînt de două feluri , ele elaborîndu-se şi executîndu-se :

- pe termen lung (obişnuit pe 5 ani), sînt elaborate pe baza prognozelor, se mai numesc planuri de perspectivă iar în mod obişnuit planuri cincinale ,decenale şi conţin enunţarea scopului, obiectivelor şi resurselor necesare ;

- pe termen scurt, se sprijină pe direcţiile planurilor de perspectivă, se numesc obişnuit planuri curente sau anuale, conţin cu atît mai multe detalii şi angajează cu atît mai multe activităţi proprii cu cît durata este mai scurtă.

Ambele feluri de planuri operează cu aceleaşi etape (enunţarea scopului, a obiectivelor şi resurselor posibile) şi îşi găsesc utilitatea în asigurarea progresului continuu .

7.1.1.4.- Metode şi forme de planificare

In activitatea de planificare , de fundamentare a nevoilor şi de corelare a acestora cu posibilităţile , la nivel de micro şi macrosistem (unitate şi respectiv ramură, teritoriu) se folosesc în principal două metode : a balanţelor şi a normării. Cu acestea se lucrează în sectoarele şi unităţile economice, dar angajează şi unităţile bugetare (cum e sectorul sanitar) pentru o parte din activităţi şi prin dependenţa acestora de unităţile (sectoarele) economice.

a) - Prin intermediul metodei balanţelor se determină proporţiile necesare între ramuri şi subramuri şi se fundamentează echilibrul necesar dezvoltării economice . Din punctul de vedere al obiectului, balanţele sînt :

- materiale : ele se întocmesc pe produse (mijloace de producţie, principalele bunuri de consum) şi corelează resursele cu nevoile pentru fiecare produs ;

- valorice, cum sînt : balanţa produsului social, a venitului naţional,

bugetul de venituri şi cheltuieli etc .

- a forţei de muncă : care coordonează resursele forţei de muncă pe categorii cu utilizarea lor şi cu necesităţile pentru fiecare ramură a economiei .

b) Cu ajutorul metodei normării, utilizată concomitent cu metoda balanţelor, se stabileşte : consumul de materii prime, materiale etc. pentru realizarea cu eficienţă a activităţii . In sectorul sanitar există norme : obligatorii (alocaţia de hrană, la retribuţia personalului, la consumul de energie , la consumul de combustibil etc) şi orientative (la toate materialele de întreţinere) . Separat de acestea există baremuri pentru echipament şi cazarmament (halate, lenjerie pentru bolnavi, cearşafuri etc) .

Din punctul de vedere al obiectivului urmărit, la nivelul unei unităţi economice (întreprinderi), planificarea îmbracă două forme : tehnico-economică şi operativă .

a) Planificarea tehnico-economică cuprinde întocmirea planului de perspectivă (obişnuit pe 5 ani, în care se fundamentează dezvoltarea unităţii, precum şi căile şi mijloacele de realizare a sarcinilor de plan) şi a planurilor curente anuale, în care se detaliază şi se precizează sarcinile din planul de perspectivă . Planificarea tehnică-economică se realizează cu ajutorul planului economico-social al unităţii, parte integrantă a planului naţional unic, care reprezintă programul întregii activităţi tehnico-productive , financiare şi sociale pe o perioadă de timp .

b) Planificarea operativă execută defalcarea şi detalierea sarcinilor de plan : în teritoriu (în cadrul structurii organizatorice , de exemplu a spitalului orăşenesc - pe dispensare, pentru policlinică cu serviciile sale, pe secţiile şi serviciile spitalului etc) şi în timp (pe trimestre, luni) asigurînd coordonarea şi sincronizarea activităţii subunităţilor executante .

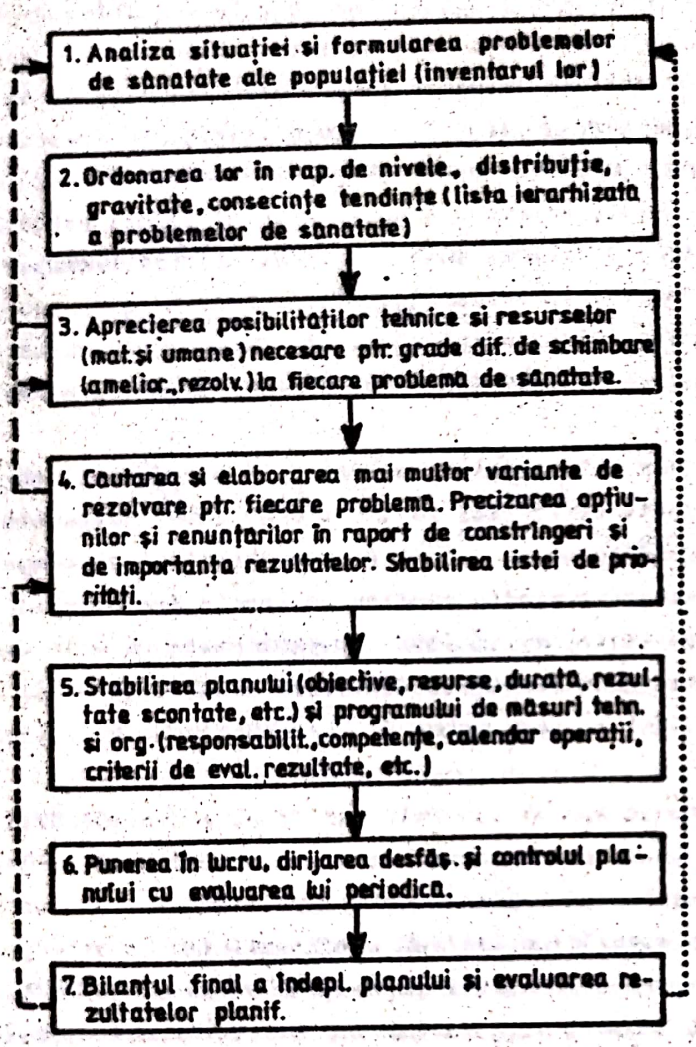
7.1.1.5.- Etapele procesului de planificare sanitară .

Folosirea planificării, ca metodă de conducere a serviciilor de sănătate, cere cunoştinţe, experienţă şi stăpînirea tehnicilor statistico-matematice. In plus, sînt necesare informaţii pertinente , unele special culese, despre întreg sectorul sanitar cît şi despre celelalte sectoare social-economice din teritoriu. Ele redau ponderea fiecărui sector şi dependenţa lor în cadrul sistemului teritorial, redau contribuţia la problemele de sănătate şi posibilităţile de participare la rezolvarea lor (măsuri profilactice generale, bază materială pentru asistenţă medicală etc) . Imaginea completă a cadrului general este totdeauna necesară cînd hotărîrile anticipează acţiunile şi resursele pentru stabilirea şi rezolvarea de obiective .

In scopul ameliorării sănătăţii populaţiei, activităţile ce se desfăşoară dinainte de (şi pentru) stabilirea obiectivului şi pînă la realizarea lui se succed sub formă de teape ce sînt cuprinse în procesul de plabificare (schema 27)

Intr-o etapă de început se analizează şi se exprimă prin indicatori situaţia stării de sănătate a colectivităţii formulîndu-se problemele de sănătate ale populaţiei (inventarul lor). În raport cu ponderea în colectivitate a fiecărei probleme (nivele, distribuţie, gravitate, implicaţii) şi cu tendinţa acestora se stabileşte ierarhizarea lor începînd cu cele mai importante. Se ia, apoi, fiecare problemă şi se ataşează în dreptul ei : ce e necesar de executat şi cît se poate realiza în raport cu stadiul ştiinţific şi tehnic (profilaxie specifică, depistare şi rezolvare precoce, recuperare, reducerea implicaţiilor etc), în ce interval de timp se poate obţine un grad de schimbarea favorabilă (ameliorare cu 1/10, 1/3, etc. completă), ce alte sectoare nemedicale pot participa şi cu ce pot ele contribui (asigurare cu apă potabilă, reducerea poluării, tehnica securităţii muncii, alimentaţie nedăunătoare, instrucţie generală şi sanitară etc), ce şi cîte resurse materiale şi umane au nevoie serviciile medicale şi pe cîte se poate conta. Sarcina mare a planului e de a se asigura că obiectivele sînt în concordanţă cu resursele. Această etapă din procesul de planificare este laborioasă şi hotărîtoare pentru conţinutul planului .

Schema 27 - ETAPELE PROCESULUI DE PLANIFICARE SANITARA



Etapa următoare constă din căutarea şi elaborarea mai multor variante de rezolvare pentru fiecare problemă în raport de constrîngeri şi de rezultate previzibile. Pentru stabilirea variantei optimale (d.p.d.v. medical şi economic) se apelează la tehnici de cercetare operaţională (programare liniară, construirea unui model, arbore de decizie, elaborare de scenarii etc) şi la cele de economie sanitară (cost/avantaj, cost/beneficiu, cost/eficacitate etc) . Ele oferă elementele necesare raţionamentului şi deciziei (ca proces de alegere din mai multe variante), în precizarea opţiunii sau renunţării la fiecare problemă cît şi pentru

ordonarea problemelor reţinute sub forma listei de priorităţi .

Avînd ca suport lista priorităţilor problemelor de sănătate, şi conti - nuînd procesul de planificare (schema 27), următoarea etapă e reprezentată de stabilirea planului . Ea conţine : formularea clară şi completă a obiectivelor şi cu precizarea la fiecare obiectiv a resurselor dispohibile , a gradului de ameliorare şi a duratei de timp în care se obţine, a relaţiilor cu alte unităţi medicale şi cu alte sectoare nemedicale . Aşadar, lista priorităţilor ce au resurse disponibile şi posibilităţi tehnice constituie suportul formulării obiectivelor de plan pentru o perioadă determinată . Pentru punerea în lucru şi dirijarea îndeplini - rii planului este necesară elaborarea , în această etapă, a unui program de măsuri tehnice şi organizatorice. Acesta cuprinde detalii privind responsabilităţile şi competenţele repartizate pentru executarea planului, legătura între compartimente, calendarul principalelor operaţii, criterii şi indicatori de evaluare a rezultatelor şi alte detalii necesare îndeplinirii planului. Cu aceste precizări făcute, în programul de măsuri tehnice şi organizatorice (programul MTO), planul este pregătit a fi pus în lucru .

Următoarea etapă cuprinde activităţi ce au rolul să dirijeze şi să urmărească îndeplinirea planului. Aceste activităţi se execută de către compartimentele şi de către coordonatorul general ce au primit responsabilităţi şi competenţe să urmărească continuu şi să evalueze periodic realizarea sarcinilor de plan. Coordonatorul general asigură realizarea legăturii între compartimente şi - în cadrul funcţiei de control - are competenţa să rectifice detaliile activităţilor de îndeplinirea planului cînd apar situaţii ce n-au putut fi întrezărite de la elaborarea planului .

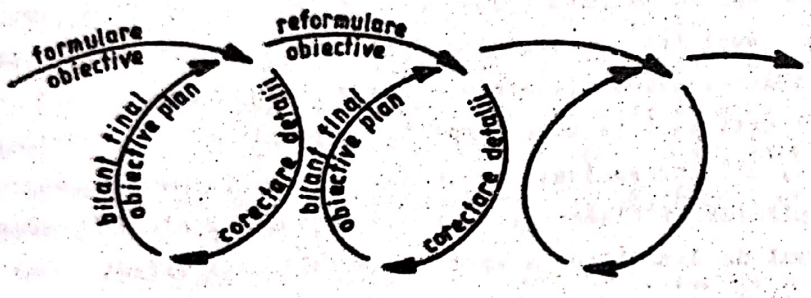
Procesul de planificare se încheie cu bilanţul final a îndeplinirii planului (schema 27). In această etapă, cu aceleaşi criterii anterior stabilite şi practicate, se face evaluarea rezultatelor planificate apreciindu-se ceea ce s-a obţinut în raport cu ceea ce s-a stabilit anticipat : eficacitatea tuturor prevederilor planului (grad de ameliorare a sănătăţii populaţiei cu 1o-2o-3o% etc. la indicatorii folosiţi) sau a unei singure acţiuni (de ex. a introducerii vaccinării antirubeolice, a tratamentului cu o formă de penicilină a anginelor streptococice depistate etc), avantajul unui procedeu terapeutic aplicat în acţiunea de depistare - rezolvare (penicilină cristalizată faţă de penicilină tablete) , beneficiul în ani la creşterea duratei medii a vieţii la programul de prevenire şi combatere a bolilor cardio - vasculare, eficienta depistării HTA în populaţie cu cadre medii în loc de medici etc. Una din cheile evaluării în toate etapele este banul, care serveşte - mai mult ca alte mijloace - atît în găsirea criteriilor mai bune de evaluare cît şi în măsurarea gradului de succes al unei acţiuni medicale . Asemenea activităţi de evaluare se întreprind nu numai în finalul sau la începutul planului ci şi pe parcursul desfăşurării lui, măsurînd sistematic realizările obţinute în raport cu obiectivele sau scopurile, determinînd , rectifi-

cînd sau înlocuind detaliile stabilite anticipat cu altele mai eficace, mai eficiente sau mai puţin riscante. Astfel, prin informaţiile ce le obţine de la evaluare, planificarea suferă influenţa " în retur " pentru a-şi ameliora propriul proces .

Prin ameliorarea detaliilor tehnice de analiză şi de măsurare a rezultatelor , evaluarea îşi găseşte utilitatea şi intervine - deci - în toate etapele principale ale procesului de planificare şi are următoarele roluri şi semnificaţii (schema 28) :

- prin aprecierea anticipată a rezultatelor ea ajută în stabilirea opţiunilor, renunţărilor şi priorităţilor, în măsurarea valorii diferitelor variante şi în alegerea celei convenabile, în formularea obiectivelor de plan şi a oportunităţilor. In aceste etape de început ale procesului de planificare ea are semnificaţia de anticipare, prospectivă, a unei evaluări à priori ;

Schema 28 - INTERVENTIA EVALUARII IN PROCESUL PLANIFICARII



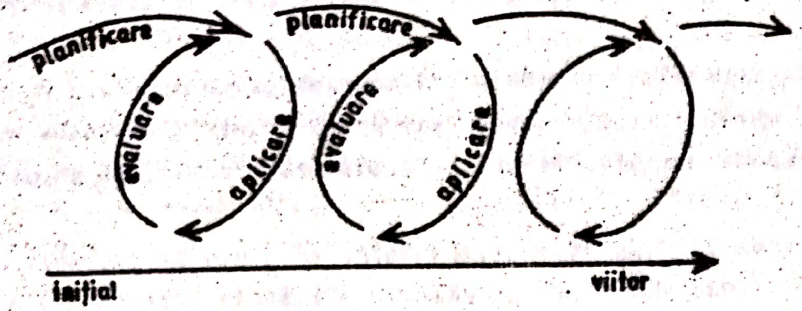
- în etapa de îndeplinire a planului, evaluarea - măsurînd continuu rezultatele - are un rol dinamic de perfecţionarea strategiilor de acţiune, de adaptare sau corectare a detaliilor de execuţie la situaţiile imprevizibile, de a determina reanalizarea situaţiei sănătăţii populaţiei, sau de a declanşa căutarea de noi variante convenabile. Intervenţia în această etapă este cea mai utilă executării obiectivului (schema 27 şi 28);

- în etapa finală, evaluarea determină în ce măsură au fost realizate obiectivele, dimensionează valoarea rezultatelor în raport cu volumul resurselor consumate, apreciază adecvarea şi eficacitatea programului de măsuri tehnice şi organizatorice, analizează critic întreaga activitate de pregătire şi de îndeplinire a planului. In această etapă finală ea are o semnificaţie à posteriori; privind în urmă ea apreciază retroprospectiv toate activităţile desfăşurate prin procesul de planificare pentru realizarea scopului. Retroinformarea furnizată de evaluare asigură cunoaşterea a ceea ce a rămas de făcut sau ce rezultate urmează să apară în continuare (la programele pentru o boală, unde efectele nu apar imediat).

Prin rolul şi utilitatea ei, evaluarea face parte integrantă din orice proces de planificare, controlîndu-i rezultatele şi adaptîndu-i continuu detaliile. In plus, la planurile de perspectivă (cincinale), evaluarea ajută la stabilirea - la îndeplinirea şi la bilanţul planului anual, încheind astfel - ciclul planificării anuale şi declanşînd ciclul unui nou plan anual (schema 29) . În condu-

cerea serviciilor medicale, planificarea devine,astfel, un proces continuu necesar asigurării progresului .

Schema 29 - CICLUL ITERATIV AL PLANIFICARII



Etape şi tehnici similare de planificare există şi cînd obiectivul planificării vizează numai o singură problemă de sănătate la toate vîrstele (o clasă de boli, o boală) ori ameliorarea sănătăţii unui grup din populaţia teritorială. Termenul ce se foloseşte în asemenea situaţii este cel de program (program sanitar), cu sau fără ataşarea unui program propriu de măsuri tehnico-organizatorice, de ex: programul de prevenire şi combatere a bolilor cardio-vasculare sau a cancerului, programul de apărare şi promovare a sănătăţii mintale etc. respectiv - programul de prevenire şi combatere a tuberculozei, a hipertensiunii arteriale etc. şi respectiv programul de sănătate a mamei, copilului şi tineretului, a populaţiei ocupate în producţia socială etc. sau programul de dezvoltare a bazei materiale (noi unităţi sanitare) şi de cadre medicale (superioare, medii), toate aceste programe făcînd parte din planul sanitar unic pentru populaţia unui teritoriu. In aceste cazuri, procesul de planificare trebuie să ţină seama de necesitatea participării mai multor unităţi şi eşaloane medicale, de tehnicitatea şi de resursele acestora. După cum, cînd se evaluiază rezultatele anticipate sau finale ale unui plan global de ameliorare a sănătăţii populaţiei sau a unui program sanitar (pentru o boală sau grup de populaţie) trebuie să se ţină seama că efectele măsurilor ce se planifică apar ceva mai tîrziu, o evaluare finală pripită ar putea fi înşelătoare .

De aceea, în activitatea de planificare necesită nu numai tehnicitate şi experienţă ci şi multă negociere între planificatorii sanitari şi cei din sectoarele productive şi între aceştia şi cei financiari. In alte situaţii sînt necesare elaborări de noi soluţii cu renunţări mai severe ori cu schimbarea termenelor. Planificatorul poate avea, deci, roluri diferite : negociator, expert în identificarea obiectivelor posibile sau soluţiilor conjuncturale. Separat de această funcţie, responsabilul de decizie alege soluţia şi strategia , iar administratorul pune în lucru şi urmăreşte îndeplinirea planului. Planificarea şi conducerea acţiunii necesită să coexiste integrat pentrucă sînt operaţii legate şi oferă avantagii reciproce. Dar să nu se uite că prin planificare nu se caută o soluţie ideală ci una optimală - tehnică plus financiară - rezultată din ordonarea priorităţilor şi corelată cu resursele. După cum , nu trebuie să se confunde competenţele : în timp ce planificarea e o obligaţie pentru toţi cei care au responsabi -

lităţi de decizie, la planificator nu se ataşează competenţa de decizie, confundarea competenţelor aduce implicaţii în selectarea soluţiei ? Alte dificultăţi în activitatea de planificare sînt cele care se referă la : aplicarea procedurilor logice, marea diversitate a activităţilor adesea insuficient cunoscute, considerarea că planul e rigid (neelastic), volumul mare de lucru ce-l necesită, exigenţele în calitatea informaţiilor pentru actualitate şi viitor, imposibilitatea cunoaşterii tuturor variantelor etc.

7.1.1.6.- Conţinutul planului sanitar

Pentru ca planul să-şi exercite rolul de principal instrument prin care conducerea unei unităţi îşi asigură realizarea obiectivelor şi să-şi îndeplinească funcţiile sale de echilibrare a prevederilor în raport cu resursele el trebuie să conţină toate principalele laturi ale activităţii ce se desfăşoară. Ca urmare, structura planului unei unităţi sanitare, în general ca şi pentru o întreprindere, cuprinde mai multe părţi (secţiuni) ce sînt în strînsă corelaţie şi interdependenţă formînd un tot unitar şi care asigură funcţionarea şi dezvoltarea unităţii. Aceste secţiuni (capitole) ale planului sanitar (cu sarcini comune pentru toate unităţile sanitare) sînt următoarele :

a) - planul de dezvoltare (noi puncte sau circumscripţii sanitare, policlinici sau servicii în policlinică, spitale sau secţii în spital etc) ;

b) - planul de investiţii , reparaţii capitale, reparaţii curente (clădiri, utilaje, aparatură, mijloace de transport etc) ;

c) - planul de aprovizionare (medicamente, produse biologice, materiale sanitare, instrumentar medical, echipament, alimente, combustibil etc) ;

d) - planul de asigurare cu forţe de muncă (cu personal) - pe specialităţi şi funcţii, pentru formarea - reciclarea, specializarea şi perfecţionarea personalului ;

e) - planul fondului de retribuire a forţei de muncă ;

f) - planul de activitate (în raport cu profilul unităţii sanitare : depistări clinice - biologice şi de laborator (testarea imunităţii pentru difterie şi tetanos, testarea tuberculinică - PPD), vaccinări, consultaţii şi tratamente, spitalizări, educaţie sanitară, recoltare sînge etc; de cercetare ştiinţifică, de îndrumare tehnică şi asistenţă de specialitate, de invenţii şi inovaţii, de standardizare, de asimilare de noi produse, de cooperare cu alte unităţi în realizarea planului propriu de activitate etc ;

g) - planul financiar (de venituri şi cheltuieli) ;

h) - planul de măsuri tehnice şi organizatorice (planul MTO), cu măsura, scopul, unde şi cine execută, termen, resurse necesare, eficacitate şi eficienţă scontată etc. El ajută elaborarea şi aplicarea celorlalte capitole de plan .

In raport de profilul unităţii sanitare mai sînt şi alte secţiuni ale planului : de transport (la Staţia de salvare), de recoltare şi produse de sînge

(la centrul de recoltare şi conservare a sîngelui) etc.

Planul sanitar însumează, deci, nevoile de funcţionare şi de dezvoltare, programele specifice (pentru boli , grupe de populaţie), resursele (umane şi materiale) ce se pot asigura şi planul de măsuri tehnice şi organizatorice. Planul sanitar al unei unităţi, şi - la rîndul lor - fiecare din secţiunile lui de plan fac parte integrantă din planul unic teritorial de dezvoltare economică şi socială şi, totodată, din planul unităţii sanitare ierarhic superioare (pînă la planul pe întregul sistem sanitar) . Prin această integrare se asigură armonizarea între sectoare, eşaloane, şi teritorii, se asigură resursele şi se realizează coordonarea unitară a dezvoltării sanitare proporţional cu dezvoltarea economico-socială, începînd de la elaborarea proiectelor de plan .-

7.1.1.7.- Organizarea elaborării, aprobării şi executării planului sanitar .

Intreaga muncă de planificare are un caracter complex, se realizează într-un cadru organizat, porneşte de la elaborarea, analiza şi aprobarea planurilor pe mari durate de timp, din care se extrag şi se nominalizează planurile cincinale şi apoi cele anuale, cu aceleaşi etape la fiecare durată de timp (elaborare propuneri, analiză, aprobare şi aplicare cu controlul şi evaluarea îndeplinirii sarcinilor de plan) .

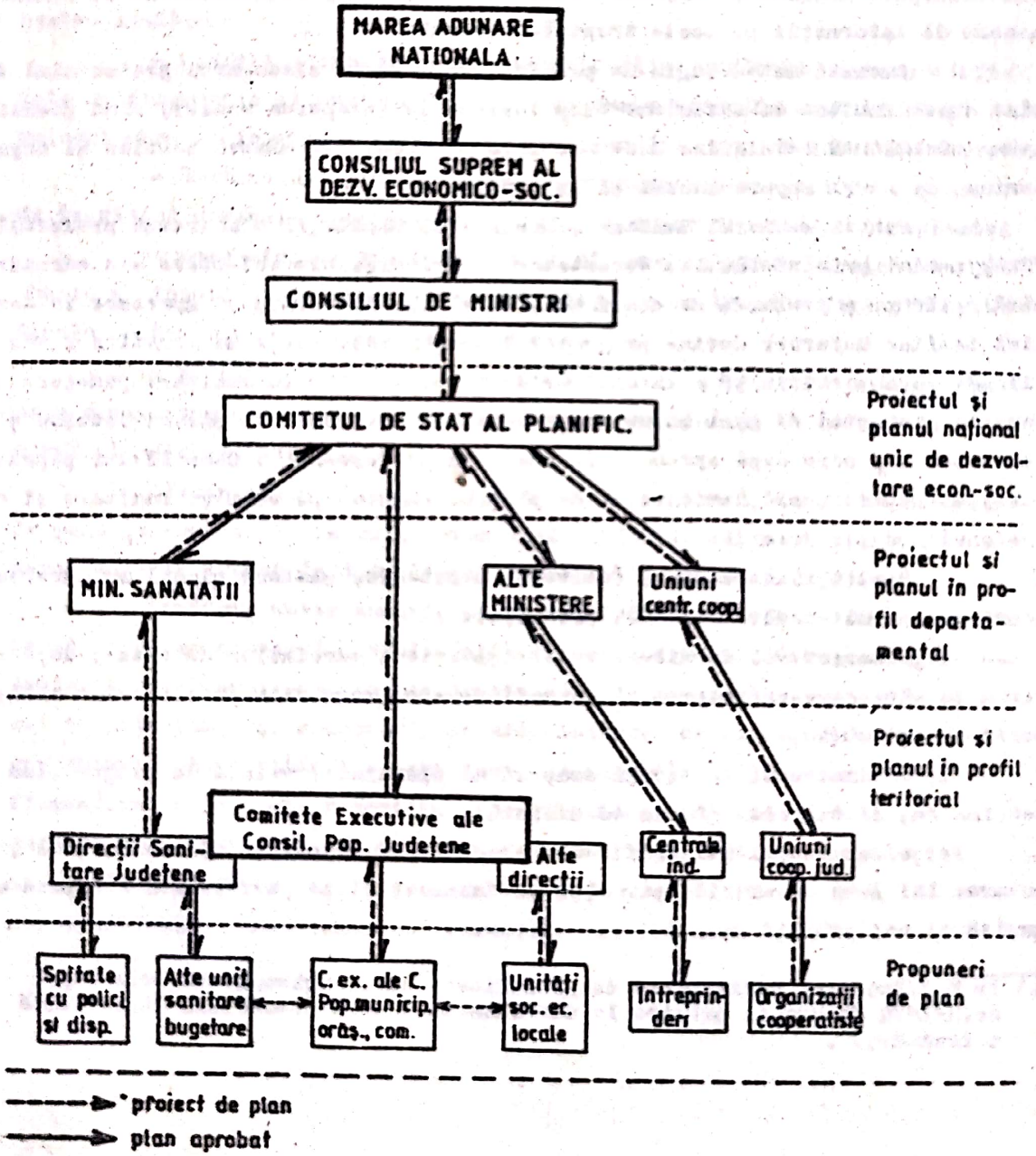
Cadrul general şi nivelurile de dezvoltare ale fiecărui sector de activitate economică şi socială sînt date de către prognoze. Elaborarea acestora se face în raport cu liniile directoare înscrise în programul partidului şi pe baza analizei stadiului, nevoilor şi posibilităţilor de dezvoltare în viitor (1o - 2o ani) . Pe baza prognozelor se elaborează şi se aprobă proiectul planului cincinal, ce conţine obiectivele fundamentale şi nivelurile orientative de dezvoltare din această perioadă, din care - apoi - se elaborează şi se aprobă proiectul de plan anual .

In activitatea de elaborare şi aplicare a planurilor de diferite durate sînt antrenate toate nivelele ierarhice ce înfăptuiesc conducerea economică şi socială .

Punctul de plecare în elaborarea propunerilor de plan anual îl constituie sarcinile ce revin unităţii din planul cincinal. Intreprinderile, organizaţiile economice şi unităţile bugetare (în care se încadrează şi unităţile sanitare) întocmesc propunerile de plan, care sînt desbătute şi îmbunătăţite în conducerea colectivă (consiliul oamenilor muncii) - schema 3o . Ele sînt apoi înaintate centralelor industriale şi Consiliului popular judeţean, care - ca organ local al puterii şi administraţiei statului - are competenţe să conducă şi să coordoneze elaborarea proiectelor de plan şi activitatea de îndeplinire a planului în profil teritorial. Prin direcţiile din structura sa organizatorică (plan, agricolă, comercială, sanitară etc) asigură munca de planificare în sectoarele

respectiv, Ministerele , Comitetele de Stat şi alte organe centrale primesc şi analizează proiectele de plan în profil teritorial de la unităţile ce le tutelează , elaborează şi înaintează proectul planului în profil departamental la Comitetul de Stat al Planificării (C.S.P.) . Acesta (CSP), ca organ tehnic central al administraţiei de stat de coordonare a planificării analizează propunerile de plan ale ministerelor, organizaţiilor centrale şi ale consiliilor populare judeţene (proiectele de plan în profil departamental şi teritorial asigură proporţiile necesare şi elaborează proiectul planului naţional unic pe care-l prezintă Consiliu-

Schema 30 -ELABORAREA SI APROBAREA PLANULUI NATIONAL UNIC DE DEZVOLTARE ECONOMICO - SOCIALA



lui de Miniştri, care -l definitivează şi-l supune spre examinare şi aprobare Consiliului Suprem al Dezvoltării Economice şi Sociale (organ central permanent de partid şi de stat) şi Comitetului Politic Executiv al C.C. al P.C.R.- Apoi, proiectul planului naţional unic de dezvoltare economică şi socială dinpreună cu proiectul bugetului de stat se supune spre dezbatere, Marii Adunări Naţionale, iar, după adoptare, planul şi bugetul de stat anual capătă caracterul de lege. Urmează lansarea (de sus în jos) a planului aprobat, cu desfăşurarea pe verigile organizatorice ale fiecărui sistem şi concretizarea sarcinilor pînă la nivelul fiecărei unităţi şi loc de muncă (schema 3e) x).

Pe parcursul duratei elaborării planului are loc o conlucrare utilă între unităţile de bază şi organele centrale şi locale, asigurîndu-se un schimb permanent de informaţii pe toate treptele ierarhice.

Această metodologie de planificare permite elaborarea proiectului de plan anual sanitar cu suficient timp înainte de începerea anului, dînd posibilitatea stabilirii detaliilor necesare prin programul de măsuri tehnice şi organizatorice, la nivel departamental şi de unitate.

Pentru sectorul sanitar , Ministerul Sănătăţii elaborează proiectul "Programului privind liniile directoare şi principalele obiective ale ocrotirii sănătăţii" pe o perioadă de cinci ani, care după discutare şi aprobare în Consiliul Sanitar Superior devine programul întregii activităţi de ocrotire a sănătăţii. Pe baza acestuia şi a sarcinilor de plan, Direcţiile sanitare judeţene elaborează proiectul de plan şi de buget anual şi programul de măsuri tehnice şi organizatorice, care după aprobare în sesiunea de deputaţi a Consiliului popular judeţean repartizează indicatorii de plan şi bugetul pe unităţi sanitare şi controlează îndeplinirea lor .

Pentru fiecare nivel (unitate, teritoriu, sector) planul se caracterizează prin următoarele trăsături principale :

- caracterul de directivă obligatorie a sarcinilor de plan : după aprobarea de către organul suprem al puterii de stat sarcinile de plan sînt obligatorii de executat ;

- caracterul unitar şi complex al planului : există un singur plan şi conţine ce, cu ce, cine şi cum se execută ;

- caracterul ştiinţific al planului, fundamentat (în elaborarea şi executarea lui) pe cuceririle ştiinţei şi tehnicei şi pe perfectarea continuă a organizării activităţii .-

---

x) In R.S.România, activitatea de planificare este reglementată prin Legea nr.3/1972 (Legea cu privire la dezvoltarea economico-socială planificată a României).

7.1.2 - Economia sanitară

7.1.2.1 - Economicul și asigurarea sănătății

Conținutul, definiția și obiectivul economiei sanitare

In asigurarea sănătății populației, de 2-3 decenii și în toate teritoriile globului, cîteva aspecte preocupă cu insistență conducerile colectivităților și ale serviciilor medicale:

- Creșterea continuă și de masă a solicitărilor și cheltuielilor pentru sănătate;
- Costurile exagerate ale tehnologiilor medicale supraspecializate de diagnostic și tratament pentru un număr restrîns de bolnavi și volumul mare de îngrijiri elementare ale sănătății strict necesare tuturor;
- Obstacolele financiare ce apar în asigurarea sau în obținerea de îngrijiri medicale adecvate și mai ales a celor de strictă necesitate;
- Consecințele economice ce le dă prezența stării de sănătate și boală și insuficienta cunoaștere a avantajelor ce le aduc îngrijirile medicale pentru consumator și colectivitate;
- Modul în care sănătatea populației și serviciile medicale pot avea o mai mare contribuție la dezvoltarea economică și la progresul general al colectivității etc.

Aceste aspecte se rezumă, în ultimă instanță, la problemele ce le pune „economicul" în asigurarea unei sănătăți mai bune și la cele pe care boala le creează în dezvoltarea economică a colectivității.

Analiza, chiar sumară, a situației din orice teritoriu arată că numai sporirea continuă a cheltuielilor sanitare nu constituie singura soluție în rezolvarea problemelor de sănătate, chiar dacă se operează etapizat cu priorități și renunțări. In soluționarea lor se cere participarea conducerii colectivității - care cunoaște posibilitățile materiale și financiare ce le poate repartiza, a serviciilor medicale ce folosesc resursele colectivității pentru asigurarea sănătății cît și a populației ce beneficiază de îngrijiri de sănătate și medicale. Conducerea colectivității, care asigură resursele și plătește „factura"

cheltuielilor pentru sănătate, cere să cunoască de la început - şi nu numai la sfîrşit - ce efecte favorabile se vor obţine asupra sănătăţii şi bolii. Serviciilor medicale li se pretinde să cunoască nu numai problemele de sănătate şi volumul resurselor necesare ci şi costul evitării bolii sau a agravării, a îngrijirii bolii la nivelul diferitelor eşaloane medicale (dispensar, policlinică, spital) pentru a desprinde avantajul ce-l oferă acestea pentru bolnav şi colectivitate, pentru a putea alege modalităţile de rezolvare ce au efect mai mare şi cost mai redus, pentruca resursele - totdeauna limitate - să fie bine gospodărite. Populaţia din orice teritoriu necesită să cunoască că „producţia de îngrijiri medicale" are totdeauna limite, oricît s-ar dezvolta şi diversifica şi că în evitarea abuzului şi risipei consumatorul are rolul cel mai important.

Ca urmare se pretinde tuturor un nou mod de gîndire şi o nouă atitudine, ca în asigurarea protecţiei sănătăţii şi asistenţei medicale să se ia în considerare de către toţi pe lîngă tradiţionala latură „umanitară" şi sensul economic al eforturilor ce le face colectivitatea şi familia.

Rezultă, deci, că la orice activitate sau acţiune pentru promovarea şi mai ales pentru refacerea sănătăţii, „economicul" (ştiinţa economică) şi „economia" (conduita economică în practică) străbate prin multiple coordonate tot ansamblul de acţiuni pentru sănătate şi întregul sector sanitar, impunîndu-se odată cu intenţia şi spunîndu-şi cuvîntul - punînd condiţia eficienţei - pe parcursul executării şi la bilanţul final al fiecărui act şi program de sănătate.

Cu asemenea aspecte se ocupă <u>economia aplicată în domeniul sănătăţii sau economia sanitară</u>, cum - mai pe scurt - se numeşte astăzi.

Ca şi economia educaţiei, a culturalizării, a serviciilor pentru populaţie, ca şi orice alte economii de ramură mai recent apărute - economia sanitară are în aria preocupărilor atît sectoarele ce asigură repartizarea resurselor pentru sănătate cît şi pe acelea ce realizează sau consumă îngrijirile destinate sănătăţii. Economia sanitară e studiul din punct de vedere economic al nevoilor şi consumului de îngrijiri pentru sănătate, al activităţilor şi acţiunilor medicale, al randamentului „producătorului", al costurilor şi eficienţei activităţilor, programelor şi unităţilor sanitare, al avantajului ce-l aduc acestea pentru familie şi colectivitate. Prin cercetările sale, cu ajutorul variatelor metode şi tehnici ce le foloseşte, ea oferă informaţii sub formă de cantităţi asupra necesarului şi repartizării resurselor pentru sănătate din cadrul sistemului global social-economic (al macrosiste-

mului ocrotirii sănătății), asupra modului de folosire a acestora în propriul sistem sanitar, asupra măsurii cu care sănătatea participă la o viață productivă social-economică sau cu care boala îi produce pierderi; ea asigură informații asupra volumului și structurii consumurilor și costurilor diferitelor activități pentru sănătate, asupra tendinței și distribuției lor teritoriale etc.

Mai concis, economia sanitară este studiul din punct de vedere economic a necesarului, repartizării și folosirii resurselor în rezolvarea problemelor de sănătate și a eficienței acestora în cadrul sistemului global social economic și a propriului sistem sanitar.

Obiectivul imediat al economiei sanitare este de a forma o gîndire și o conduită practică economică la personalul medical, de a obișnui întregul personal al unităților medicale cu raționamentul economic, cu necesitatea ca în realizarea oricărei activități, acte și acțiuni medicale să se ia în considerare și latura „economicului" îmbinînd-o cu criteriile sociale și umanitare. Ea se adresează în primul rînd personalului medical, și prin aceasta, tuturor cadrelor din unitățile sanitare - ce realizează transformarea resurselor, cît și beneficiarilor de acte de sănătate - populației; prin intermediul conducerilor serviciilor medicale, ea vizează - totodată - să documenteze conducerile teritoriale în asigurarea repartiției de resurse necesare pentru sănătatea populației și de avantajele unei sănătăți mai bune.

Obiectivul final al economiei sanitare - ca metodă de conducere - este de a asigura trecerea de la metode administrative la metode economice de conducere în întreg sistemul medical, ca fiecare unitate sanitară să intre în circuitul economic național și teritorial, cu toate rezervele și posibilitățile de care dispune.

Utilitatea economiei sanitare

Insușirea și aplicarea în practică a noțiunilor de economie sanitară folosesc pentru (în):

- argumentarea necesității dezvoltării cu noi unități și cadre medico-sanitare pentru un teritoriu ori pentru creșterea sau restructurarea capacităților la unitățile existente;

- susținerea solicitărilor - la conducerea ministerului sau a teritoriului, în comisiile de plan, buget etc. - în asigurarea suportului financiar pentru acțiuni sanitare impuse de noi situații epidemiologice ori pentru noi activități de masă dispuse prin reglementări recente (depistarea și reducerea unei boli în populație etc.);

- analiza ori motivarea depăşirii cheltuielilor totale la bugetul unităţii sau a costurilor specifice (cost/consultaţie, cost zi/spitalizare, cost/anchetat într-o depistare de masă a bolii, cost/km transport la auto ambulanţe etc.) ca urmare a creşterii preţurilor la mijloacele ce le asigură sectoarele nemedicale (aparatură, instrumentar, medicamente şi materiale sanitare, întreţinere şi funcţionare etc.);

- aprecierea şi prezentarea contribuţiei;

. activităţilor şi acţiunilor medicale la ameliorarea sănătăţii populaţiei (depistări organizate pentru o boală, vaccinări, evitarea unor factori de risc prin educaţia sanitară a populaţiei etc.);

. reducerii morbidităţii sau mortalităţii la ameliorarea sănătăţii forţei de muncă şi implicit la creşterea producţiei, productivităţii muncii sociale şi venitului naţional;

. introducerii unui nou program sanitar pentru reducerea frecvenţei unei boli în populaţie etc.;

- analiza şi prezentarea prin tehnici specializate (analiza de sistem, analiza cost/avantaj, cost/eficacitate etc.) a soluţiilor posibile, cu selectarea soluţiei optimale, în rezolvarea unei probleme de sănătate sau în stabilirea priorităţilor programului sanitar teritorial;

- prezentarea succeselor activităţilor, acţiunilor şi programelor sanitare prin gospodărirea resurselor etc.

Principiile şi metodele economiei sanitare

In exercitarea rolului său, economia sanitară se foloseşte de principiul <u>interdependenţei</u> (între sistemul sanitar şi macrosistemul[x] social-

---

x) Sistem: un întreg organizat, un ansamblu complex şi ordonat de elemente identificabile ce se află în interrelaţii şi în dependenţă faţă de ansamblu, care se conduc spre un scop după principii specifice şi fac ca ansamblul să aibă tendinţa permanentei modificări şi optimizări. Sistemul (marele ansamblu, macrosistemul) poate să conţină regrupări (subansambluri) de elemente cu anumite funcţiuni temporale sau teritoriale, numite subsisteme şi microsisteme. Sub şi microsistemul au aceleaşi principale trăsături ale sistemului (ordonare, interrelaţii, scop), se găsesc în interacţiune cu celelalte componente iar elementele proprii structurale (aflate - la rîndul lor - în interacţiune), cu particularităţi ce le dă identitatea, sînt legate funcţional de corespondentele lor din macrosistem. Subsistemul realizează anumite obiective ale sistemului pe baza unui plan ce face parte din planul general de acţiune al sistemului (de ex.cel al asigurării cu medicamente, direcţia sanitară teritorială). Microsistemul întruneşte principalele elemente şi principii specifice ale sistemului, acţionează într-un spaţiu mai redus (de ex.spitalul orăşenesc teritorial, cu policlinica şi dispensarele sale medicale, urbane şi rurale) şi e în raporturi de subordonare faţă de sistem.

economic) şi de principiul dezvoltării proporţionale (în cadrul macrosistemului social-economic şi al propriului sistem sanitar).

Prin specificul său (expresia bănească), ea participă la fundamentarea nevoilor şi la corelarea acestora cu posibilităţile la nivel de macro şi microsistem folosind metoda balanţelor şi a normării (vezi pag.381 şi 382).

In cunoaşterea aspectelor de „economic şi economie" din ocrotirea sănătăţii şi din asistenţa medicală, acest capitol se va ocupa în continuare de: provenienţa şi repartizarea resurselor pentru sănătate, de nevoile şi consumul de îngrijiri şi cheltuieli pentru sănătate cu factorii ce le condiţionează, de tehnicile de apreciere a costurilor şi eficienţei şi de măsurile ce se impun în folosirea raţională (gospodărirea) resurselor pentru obţinerea ameliorării sănătăţii populaţiei.

7.1.2.2. - Resursele pentru asigurarea sănătăţii şi asistenţei medicale. Provenienţa şi repartizarea lor

- Macro-economia sanitară -

După cum se cunoaşte, în promovarea - apărarea şi refacerea sănătăţii populaţiei participă sectoarele nemedicale şi cel medical ale colectivităţii. Sectoarele nemedicale (sociale şi economice) asigură nevoile primare ale vieţii şi sănătăţii (alimentaţia, apă, locuinţa etc.), realizează ponderea cea mai mare din profilaxia primară, participă la completarea socială a recuperării medicale, asigură serviciile sociale (retribuţia concediilor medicale în caz de boală sau accident la populaţia ocupată în producţie, pensia de invaliditate, pensia de vîrstă, ajutorul social etc), execută pentru sectorul sanitar: construcţiile, utilajele, aparatele, medicamentele şi materialele sanitare, mijloacele de transport, formarea şi perfecţionarea cadrelor etc. cu fonduri băneşti asigurate prin bugetul naţional şi local. Toate acestea - în ansamblul lor, ce realizează ocrotirea sănătăţii şi asigură baza materială şi de cadre pentru sectorul medical - reprezintă macrosistemul (naţional şi teritorial) de funcţionare al economiei sanitare. In cadrul macrosistemului economic, ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală are nu numai raporturi de dependenţă cu celelalte sectoare economice şi sociale ci şi raporturi de interdependenţă - prin asigurarea sănătăţii şi capacităţii creatoare a populaţiei active, prezentă şi viitoare. Nu poate exista, deci, o economie sanitară independentă de sistemul economic global (naţional, teritorial) întrucît acesta asigură resursele sectorului sanitar şi constituie suportul existenţei sale ca economie a unui sector social specializat. In aceste relaţii de reciprocitate, economia sanitară operează cu valori cantitative şi calitative apreciind efectul util obţinut în sănătatea populaţiei faţă de efortul depus

de sectorul medical şi nemedical ale colectivităţii.

In oricare din actele, acţiunile şi programele medico-sanitare sînt cuprinse trei principale elemente: resursele, activităţile (ce transformă resursele) şi rezultatele (efectele ce se obţin asupra sănătăţii şi morbidităţii), cu avantajele lor sociale şi economice. Cea din urmă componentă (rezultatele) serveşte pentru aprecierea în retur asupra modului de executare a celei de a doua componentă (activităţile) cît şi asupra modului de folosire a primei componente (resursele). Dar dintre toate componentele acestei relaţii, resursele pun cele mai grele probleme privitor la: ce, cine, cum şi cînd se asigură şi mai ales cît se poate asigura în raport cu nevoile de sănătate ale populaţiei.

Resursele pentru asigurarea sănătăţii - în alţi termeni, baza tehnico-materială şi de cadre - reprezintă potenţialul de care dispune un sector la un moment dat şi care exprimă posibilităţile lui de funcţionare şi de dezvoltare. In general, pentru ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală ele se încadrează în următoarele grupe:

- resursele naturale: apa (brută şi minerală), flora (plantele medicinale etc), fauna (animalele pentru substanţe terapeutice şi experimente);
- resursele materiale şi tehnice: clădirile, mijloacele de transport, utilajele, aparatele, instrumentele, medicamentele şi materialele sanitare, tehnicităţile etc. utilizate în asistenţa medicală;
- resursele umane: personalul din unităţile medico-sanitare (cea mai valoroasă şi cea mai dinamică dintre resurse);
- resursele financiare: mijloacele băneşti pentru dezvoltarea şi funcţionarea unităţilor medicale (ce impun constrîngeri, priorităţi şi renunţări);

Cu alte cuvinte, resursele pentru satisfacerea nevoilor (cererilor) de asistenţă medicală cuprind:

a) unităţile medicale şi farmaceutice cu numărul, capacitatea, structura şi ierarhia lor;

b) echiparea cu clădiri, utilaje, aparate, instrumentar, medicamente şi materiale sanitare pentru aceste unităţi;

c) personalul medico-sanitar şi farmaceutic cu numărul, structura pe grade, specialităţi şi tehnicitatea acestora;

d) fondurile băneşti pentru dezvoltarea şi funcţionarea celorlalte grupe de resurse.

Prezentarea lor la un moment dat şi în evoluţie se face prin date absolute şi indicatori raportaţi la populaţia arondată.

In celelalte sisteme de sănătate existente pe glob, soluţionarea

şi utilizarea eficientă a resurselor pun probleme variate şi mai dificile pentrucă sursele de obţinere şi serviciile medicale aparţin diferitelor sectoare ale societăţii sau asociaţii şi au la bază alte concepte de ocrotire a sănătăţii decît sistemul socialist.

In România - ca în toate statele socialiste - resursele pentru ocrotirea sănătăţii şi asistenţa medicală sînt asigurate de către stat prin planul naţional unic de dezvoltare conform cu marile obiective stabilite. Pentru ocrotirea sănătăţii, în realizarea promovării sănătăţii şi profilaxiei primare (locuinţe şi alimentaţie sănătoasă, practicarea sportului de masă, evitarea poluării etc) ce se execută de către sectoarele economico-sociale (industrie, construcţii, agricultură, educaţie etc) resursele sînt obţinute şi folosite prin planurile acestora de dezvoltare (parte integrantă a planului naţional unic). Pentru dezvoltarea şi funcţionarea serviciilor medicale, a tuturor unităţilor sectorului sanitar, resursele sînt asigurate distinct şi în întregime de către stat prin acelaşi plan naţional unic de dezvoltare. Resursele naturale, materiale şi umane sînt asigurate sectorului sanitar de către celelalte sectoare economice şi sociale prin planurile lor de dezvoltare (părţi componente ale planurilor departamentale şi stabilite prin planul naţional unic). Astfel, construcţiile, utilajele, aparatura, medicamentele şi materialele sanitare etc. sînt realizate de sectoarele economice; resursele umane (medici, farmacişti, chimişti, biologi şi alţi specialişti cu studii superioare, cadrele medii sanitare şi celălalt personal din unităţile sanitare) se asigură de către Ministerul Educaţiei şi Învăţămîntului prin planul de pregătire şi perfecţionare al cadrelor stabilit în corelaţie cu celelalte sectoare prin acelaşi plan naţional unic de dezvoltare. Resursele financiare (mijloacele băneşti) - corelate cu celelalte secţiuni ale planului - pentru dezvoltarea şi funcţionarea sectorului sanitar se asigură prin planul financiar (teritorial, departamental şi naţional) parte integrantă al aceluiaşi plan naţional unic de dezvoltare.

Pentruca activităţile şi acţiunile de asistenţă medicală să aibă asigurate fondurile băneşti, fiecare unitate sanitară (cu buget propriu) are obligaţia ca anual să întocmească proiectul planului financiar (proiectul de buget). Inscrierea fondurilor băneşti în proiectul de buget se face cu prealabilă analiză a îndeplinirii planului sanitar şi financiar al anului anterior şi pe baza obiectivelor şi acţiunilor prioritare ale programului sanitar. După aprobarea anuală prin lege, bugetul (cu partea de venituri şi cheltuieli) reprezintă principalul plan financiar cu caracter executoriu, constituie actul prin care sînt prevăzute şi auteri-

zate veniturile şi cheltuielile supuse unor reguli de gestiune. El conţine corespondenţa în termeni monetari ai activităţilor şi acţiunilor aprobate prin plan, avînd rol de fundamentare şi de coordonator a celorlalte secţiuni ale planului unităţii sanitare,de pîrghie importantă prin care se urmăreşte şi se realizează activitatea unei unităţi (vezi „Planificarea sanitară", pag.378-391).

Sursa mijloacelor băneşti necesare cheltuielilor pentru asistenţa medicală este - în ţara noastră - venitul naţional (VN)[x]. Format de fondurile băneşti ce se constituie în economie ca rezultat al eforturilor oamenilor muncii, în faza lui de consum şi prin planul naţional unic de dezvoltare economico-socială, VN se repartizează pentru dezvoltarea economico-socială (fond de dezvoltare sau de acumulare) şi pentru consum (fond de consum). Prin mărimea, structura şi dinamica lor, cele două componente ale VN - cu funcţii social-economice distincte şi în acelaşi timp interdependente - reprezintă suportul material şi financiar al creşterii neîntrerupte, pe mari perioade de timp, atît a producţiei materiale cît şi a nivelului de trai, al progresului general. Fondul de dezvoltare asigură sporirea cantitativă şi calitativă a fondurilor productive şi neproductive din economia naţională, implicit în viitor a VN. Fondul de consum (destinat consumului neproductiv al membrilor societăţii) asigură reproducerea forţei de muncă şi ridicarea nivelului general al bunăstării - inclusiv ameliorarea sănă-

---

x) In comparaţiile economice internaţionale se folosesc indicatori economici sintetici, precum: PNB, producţia industrială, consumul energetic etc. Tările socialiste nu calculează PNB (valoarea adăugată) ci VN (valoarea nou creată, ca parte a produsului social ce rămîne după înlocuirea valorii mijloacelor de producţie consumate în decursul unei perioade de timp, un an), VN exprimînd sintetic gradul de dezvoltare social-economică, nivelul de trai material şi spiritual, perspectivele de progres. Ambii indicatori - PNB şi VN - deci, nu iau în considerare cheltuielile materiale legate de materii prime, energie etc, acestea fiind considerate „muncă trecută". Dar, în timp ce VN exclude întreaga muncă trecută, PNB include o parte din aceasta (amortizările, reprezentate de cota anuală din mijloacele de muncă utilizate în producţie - maşini, utilaje - ce se transferă asupra noului produs plus toate serviciile creatoare de valoare, ţinînd cont şi de soldul net - pozitiv sau negativ - al relaţiilor economice externe). Pentru asigurarea comparabilităţii între ţări sînt necesare nu numai calcule plecînd de la conţinutul conceptual diferit al PNB şi al VN ci şi necesitatea convertirii lor într-o singură monedă pentru monedele diferitelor ţări ţinînd seama - totodată-şi de multiplele cursuri de pe piaţă ale fiecărei monede (oficiale, comerciale, necomerciale etc) majorităţii ţărilor. De aceea (n.n), pînă la găsirea unei metodologii mai operative şi unitare de comparare este mai lesnicios ca aceşti termeni - PNB şi VN - să fie utilizaţi ca atare.

tăţii populaţiei, ca parte integrantă a acesteia; o sănătate mai bună, la rîndul ei, participînd mai mult la realizarea dezvoltării continui asigură un potenţial mai mare de creştere a nivelului general al bunăstării şi sănătăţii etc. Aceasta este în fapt spirala: dezvoltare economico-socială creşterea bunăstării generale şi a sănătăţii dezvoltare economico-socială etc. In ţara noastră, creşterea ratei fondului de dezvoltare în ultimele trei cincinale a contribuit la accelerarea creşterii fondului de consum. Astfel în perioada 1961-1965 rata fondului de dezvoltare a fost de 25,5%, iar ritmul mediu anual de creştere a fondului de consum a fost de 5,3%, ca în perioada 1976-1980, cînd rata fondului de dezvoltare a fost de 35,3%, ritmul mediul anual de creştere a fondului de consum să fie de 8%[xx]. Directivele Congresului al XII-lea al PCR prevăd ca în deceniul 1981-1990 rata acumulării să se situeze în jud de 30%, ceea ce va asigura realizarea reproducţiei socialiste lărgite, sporirea resurselor pentru programul de investiţii, concomitent cu creşterea fondului de consum. La rîndul lui, fondul de consum, format pe seama venitului naţional, este alcătuit din fondul de consum individual (retribuţia personalului muncitor, veniturile membrilor cooperatori şi alte forme de repartiţie) şi fondul de consum social. Din fondul de consum social se asigură resursele pentru funcţionarea unităţilor de învăţămînt şi de cultură, a celor sanitare, de asistenţă socială şi a altor unităţi ce realizează servicii cu caracter social - cultural pentru populaţie, pentru întreţinerea fondului de locuinţe şi a reţelei de drumuri publice; se acordă bursele pentru elevi şi studenţi, îndemnizaţiile în caz de incapacitate temporară de muncă, pensiile etc. Aşa dar, în ţara noastră, mijloacele băneşti pentru dezvoltarea şi funcţionarea unităţilor sanitare provin din fondul de consum social al VN; pe măsura sporirii acestora cresc şi fondurile destinate ocrotirii sănătăţii şi asistenţei medicale, acestea din urmă fiind rezultatul corelării dintre nevoile de sănătate ale populaţiei şi posibilităţile VN.

Anual, prin planurile financiare (naţional şi teritoriale), de la partea de cheltuieli a bugetului de stat se asigură finanţarea acţiunilor social-culturale, ce cuprind şi cheltuielile directe pentru funcţionarea unităţilor sanitare.

In cadrul microsistemului social economic, economia sanitară argumentează - prin corespondenţa bănească ce o foloseşte - în stabilirea necesarului şi repartizării resurselor de către conducerea colectivităţii (la nivel naţional şi teritorial) pentru rezolvarea nevoilor de sănătate şi de asistenţă medicală şi asupra eficienţei folosirii acestor resurse

---

[xx] Anuarul Statistic al RSR - 1983, p.49.

în participarea sănătăţii şi asistenţei medicale la bunăstarea şi progresul general.

7.1.2.3. - Consumul medical şi cheltuielile pentru sănătate - Micro-economia sanitară -

Nevoile de promovare, de protecţie şi de refacere a sănătăţii - în cea mai mare parte a lor - se încadrează în grupa nevoilor biologice ale omului. Impreună cu nevoile materiale şi social-culturale formează sistemul integrat al nevoilor sociale şi exprimă o necesitate de consum. Indiferent de felul lor, aceste nevoi se formează şi se realizează în raport cu dezvoltarea economică şi,culturală a societăţii.

Satisfacerea nevoilor de sănătate ale populaţiei, de prevenire şi de îngrijire a bolii, se face de către sectoarele nemedicale şi de sectorul medical transformînd resursele în variate acte destinate sănătăţii - de la sensul cel mai larg la cel specializat medical - şi executîndu-se cheltuieli din bugetul colectivităţii şi al familiei.

Consumul medical (CM) şi cheltuielile pe care acesta le incumbă desemnează volumul şi structura îngrijirilor (actelor, serviciilor) medicale şi respectiv, a cheltuielilor executate de unităţile medico-sanitare. Acestea formează sistemul economiei sanitare, a funcţionării „economicului" şi „economiei" în sistemul sanitar. CM şi cheltuielile asistenţei medicale se cuprind - la rîndul lor - în sfera mai largă a consumului şi cheltuielilor destinate sănătăţii (ce includ şi activităţile-cheltuielile pentru sănătate ale altor sectoare social-economice ale colectivităţii).

7.1.2.3.1. - Consumul medical - despre nevoia, cererea şi consumul de îngrijiri medicale -

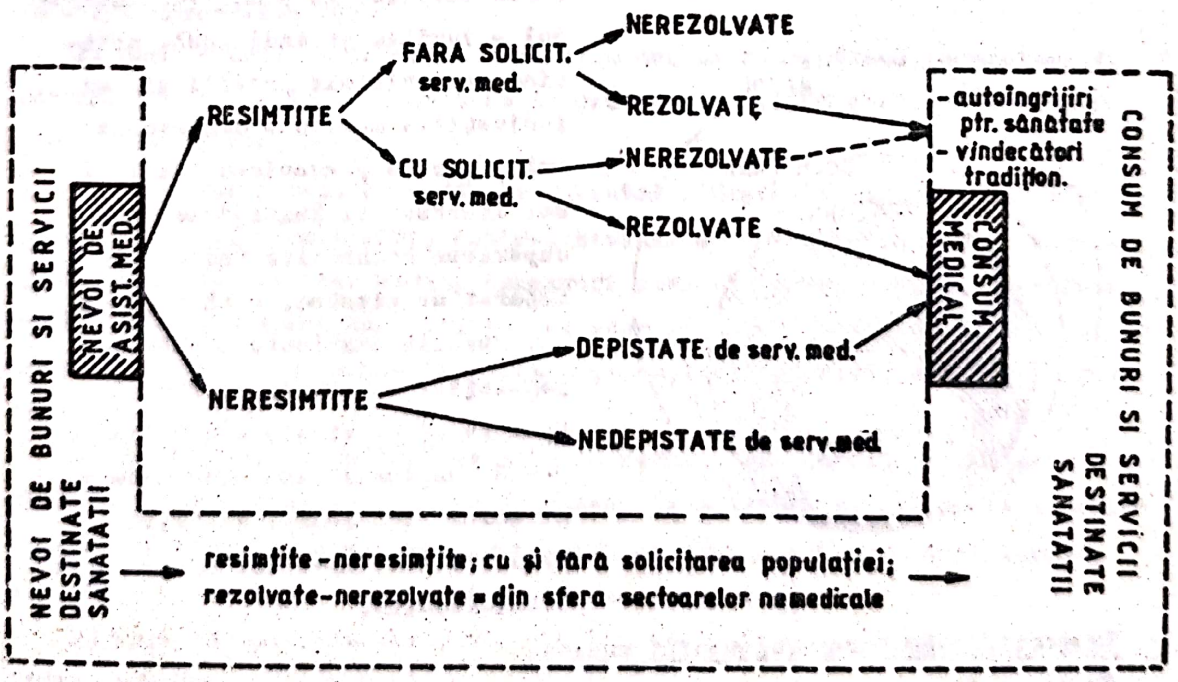
In general, consumul este momentul - în cadrul reproducţiei sociale - în care se satisfac nevoile materiale şi spirituale ale populaţiei,fiind constituit din bunuri materiale şi servicii (prestaţii). In acest consum general de bunuri şi servicii, consumul destinat sănătăţii înglobează activităţile nespecializate ale diferitelor sectoare social economice (inclusiv cele ale sectorului medical) ce participă la întărirea, protecţia şi refacerea sănătăţii, aşa cum sînt: activităţile de asigurare a apei potabile şi de neutralizare a reziduurilor, de asigurare a sănătăţii mediului, alimentaţiei şi locuinţei, activităţile de asigurări sociale (îndemnizaţiile de concediu medical, pensia de invaliditate etc), pentru practicarea sportului de masă, activităţile de asistenţă medicală ş.a. Cu excepţia celor de igienă şi de protecţia muncii, ele nu produc valori de întrebuinţare, se răsfrîng indirect sau direct asupra omului, folosirea

lor vizează - în ultimă instanţă - şi obţinerea unei sănătăţi mai bune şi în realizarea lor se consumă resurse materiale, financiare şi forţă de muncă.

Consumul medical (CM), cuprins în sfera mare a consumului destinat sănătăţii (schema 31), reprezintă totalitatea îngrijirilor (actelor) medicale şi farmaceutice de orice fel acordate direct de către unităţile medico-farmaceutice unor grupe de persoane sau individului şi folosite de acestea în scop preventiv, curativ, de recuperare şi în asistenţa naşterilor. El include acte medicale proriu zise şi bunuri materiale (medicamente, produse biologice şi farmaceutice, materiale sanitare) ce fac parte din asistenţa medicală. CM exprimă, deci, asistenţa medicală acordată de unităţile medico-farmaceutice şi folosită de populaţie pentru satisfacerea nevoilor ce le pretinde sănătatea.

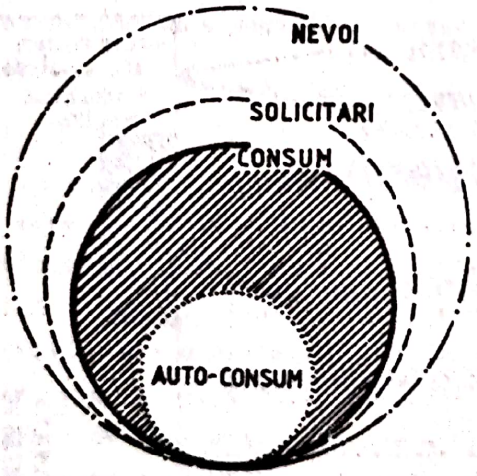
In asigurarea sănătăţii, acest consum (ceea ce se foloseşte efectiv) poate diferi faţă de cererea populaţiei şi mai ales faţă de nevoia de asistenţă medicală (schema 31). Nevoile de sănătate şi, din acestea, nevoile de asistenţă medicală (motivate în primul rînd de alterarea sănătăţii), - de o mare diversitate ca număr şi intensitate - pot fi resimţite sau nu de populaţie (schema 31). Nevoile neresimţite de asistenţă medicală pot rămîne nerezolvate sau se rezolvă dacă sînt depistate din iniţiativa serviciilor me-

Schema nr. 31 - Nevoile pentru sănătate şi de asistenţă medicală şi consumul lor



dicale sau induse de personalul medico-sanitar (ocazionate de examinările pentru alte nevoi de asistenţă medicală). In situaţiile din urmă ele se înglobează în CM. Din nevoile resimţite o parte nu determină solicitarea unităţilor medico-sanitare şi acestea rămîn în cea mai mare parte nerezolvate sau sînt rezolvate prin autoîngrijiri ori prin îngrijiri de către persoane nemedicale. Dar, cea mai mare parte din aceste nevoi resimţite determină persoana să se adreseze (exagerat, raţional sau diminuat faţă de nevoia reală) la unităţile medico-farmaceutice (nevoi resimţite şi cu solicitarea la serviciile medicale). Din acestea, o mică parte nu se rezolvă iar majoritatea din ele rezolvîndu-se constituie volumul cel mai mare din CM şi reprezintă consumul medical pasiv, la cererea populaţiei (schema 31). Indivizii şi familia ce solicită asistenţă medicală (CM pasiv) îşi fac propriile priorităţi de acte medicale ce diferă de priorităţile cînd CM este iniţiat de serviciile medicale (CM activ). Aşadar, în practică, CM (inclusiv cel farmaceutic) e mai mic decît volumul solicitărilor şi acesta, la rîndul lui, e mai redus decît cantitatea nevoilor de asistenţă medicală (schema 32). Reducerea diferenţei dintre nevoi şi solicitări şi a diferenţei dintre solicitări şi consum medical efectiv este condiţionată de adresabilitatea şi accesibilitatea populaţiei la îngrijiri medicale şi de posibilităţile de satisfacere a cererilor de către unităţile medico-sanitare, inclusiv de formele active de depistare şi rezolvare a nevoilor populaţiei. In satisfacerea nevoilor de sănătate, anturajul - familia şi individul, aplicînd cunoştinţele proprii şi/sau indicaţiile medicale contribuie mai puţin la prevenirea bolii şi mai frecvent la îngrijirea şi recuperarea bolnavilor (schema 32). Separat de acestea, o altă parte din nevoile destinate sănătăţii populaţiei din unele teritorii (pentru stări simple sau grave de boală, naşteri) sînt rezolvate de persoane fără studii medicale (practicieni empirici, vindecători tradiţionali).

Shema. nr. 32 -Consumul faţă de solicitările şi nevoile destinate sănătăţii



Criterii de gruparea consumului medical.

CM poate fi grupat după diferite criterii, care iau în considerare: cui se adresează, cine, ce şi unde execută, scopul sau modul de rezolvare şi

anume:

a) după consumator: CM de către individ, familie sau colectivitate ;

b)după modul de adresare: îngrijiri de sănătate sau medicale indirecte adresate grupurilor (activităţi de identificare şi de neutralizare a factorilor de risc, instalaţii de protecţie contra traumatismelor etc) şi îngrijiri medicale directe (depistări clinice şi de laborator, consultaţii, tratamente, vizite ale cadrelor medii, spitalizări etc);

c) după scopul pentru care a fost iniţiat: activităţi şi acţiuni de profilaxie primară, secundară şi terţiară;

d) după cel care a avut iniţiativa: la cererea populaţiei, a consumatorului (CM pasiv) sau la iniţiativa cadrelor medico-sanitare, a producătorului (CM activ);

e) după locul unde se acordă: în unităţi medico-sanitare, la locul de muncă (întreprinderi, şcoli), în familie (domiciliu), la locul accidentului, în ambulanţele sanitare etc.;

f) după ceea ce se obţine: întărirea sănătăţii, prevenirea bolii sau a agravării ei, diagnostic, tratament, recuperarea capacităţii funcţionale etc.

g) după tipul de unităţi sanitare ce asigură activitatea: îngrijiri medicale ambulatorii (de puncte sanitare, dispensare, policlinici)din unităţi cu paturi (spitale, sanatorii, preventorii), de alte unităţi sanitare (servicii de salvare, centre de recoltare şi conservare a sîngelui, unităţi de medicină preventivă etc);

h) după ritmul de folosire a resurselor: CM discontinuu (consultaţii, tratamente, vaccinări, examene de laborator etc) şi CM continuu (spitalizări, sanatorizări etc);

i) după felul actelor medicale executate: depistări clinice sau biologice, vaccinări-revaccinări, control sanitar curent sau preventiv, vizite în familie ale cadrelor medii, examinări medicale profilactice, consultaţii, tratamente, explorări funcţionale, examene de laborator, spitalizări, diferite acte medico-chirurgicale, asistenţa naşterilor, şedinţe de fizio sau radioterapie etc;

j) după eşalonul medical ce asigură rezolvarea: îngrijiri medicale primare (de medicină generală), secundare (specializate, asigurate de policlinică şi spitalul orăşenesc, judeţean) şi terţiare (supraspecializate, asigurate de clinici, centre şi institute medicale);

k) după cauza medicală: pentru boală, traumatisme, intoxicaţie, asistenţa naşterii şi combinaţii a acestora;

l) după rangul solicitării (la prima, a doua etc. solicitare) sau ca mod de rezolvare (integral, parţial, nerezolvat) ş.a.

m) în raport cu prezenţa bolii:

- CM anterior îmbolnăvirii (examene medicale profilactice, vaccinări), ce se poate programa în timp;

- CM concomitent cu îmbolnăvirea, traumatismul, intoxicaţia - cu o gamă largă şi combinată de acte medicale (la cazuri acute, ce au apariţie aleatorie, prin estimarea frecvenţelor extreme se pot programa tipurile de CM şi se pot organiza resursele; la cazurile cronice, îngrijirile medicale se pot anticipat programa);

- CM ulterior îmbolnăvirii (îngrijiri medicale de întreţinere pentru evitarea agravării, menţinerea capacităţii restante etc - majoritatea programabile în timp pentru executare).

Cunoaşterea volumului şi structurii CM după asemenea criterii permite optimizarea asigurării resurselor şi rezolvarea eficientă a cazurilor.

Structura, volumul şi tendinţa CM

Dată fiind marea varietate a actelor medicale şi schimbarea lor în timp, volumul total şi structura CM cuprind un mozaic de îngrijiri (acte) medicale apreciate fiecare cu unităţi de măsură diferite.

Cu toate acestea, folosind gruparea pe principalele feluri de acte medicale, din practica actuală a unităţilor sanitare, CM din ţara noastră conţine în principal următoarele:

a) consultaţii şi (separat sau la un loc cu)tratamente, de medicină generală şi de specialitate, din activitatea curentă a unităţilor ambulatorii şi din examinările medicale profilactice ;

b) vizite la domiciliu făcute de cadrele medii;

c) examene de laborator pentru asistenţa medicală ambulatorie şi spitalicească şi din examinările medicale profilactice;

d) explorările funcţionale, din aceleaşi forme de asistenţă medicală;

e) radioscopii şi radiografii;

f) şedinţe de radio şi fizioterapie;

g) controale sanitare ale unităţilor sanitare antiepidemice pentru supravegherea sănătăţii mediului şi identificarea factorilor de risc;

h) vaccinări şi revaccinări;

i) zile de spitalizare;

j) medicamente, produse biologice şi materiale sanitare pentru promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii.

Sub forma de date absolute sau de indicatori (pentru populaţia arondată), aceste acte medico-sanitare folosesc pentru cunoaşterea gradului de

satisfacere a nevoilor (cererilor) de asistenţă medicală a populaţiei, pentru aprecierea participării diferitelor unităţi sanitare la CM şi a modificărilor în timp a acestora.

Grupînd separat consumul de spitalizări şi de medicamente-datorită particularităţilor lor - celelalte acte medicale totalizează 89,1 mil.în 1950 şi 380,5 mil. în 1980 (tabel 89) sau o creştere de 4,3 ori în 30 ani.

Tabel 89 - Volumul şi structura C.M. în România în perioada 1950 - 1980

Acte şi activităţi med. \ Anul	Date absolute		1980/1950	Indicatori de structură	
	1950	1980		1950	1980
TOTAL *) mii	89131,2	380543,0	4,3 ori	100,0	100,0
din care:					
1. Consult.şi tratam.-mii	46534,2	194171,4	4,2 ori	52,2	51,0
2. Vizite c.medii mii	10077,4	33243,8	3,3 ori	11,3	8,7
3. Analize de lab. mii	8444,0	97581,0	11,6 ori	9,5	25,6
4. Radioscopii mii	4271,0	5667,8	1,3 ori	4,8	1,5
5. Radiografii mii	801,0	5188,0	6,5 ori	0,9	1,4
6 E.C.G. mii	82,9	1658,5	20,0 ori	0,09	0,44
7. Vaccinări mii	7476,8	8681,1	116,1%	8,4	2,3
Zile spitalizare mii	15979,2	56253,1	3,5 ori	x	x
Val. medic. difuz.-mil.lei	209,5	4666,0	22,3ori	x	x

Sursa: Anuare de st med. sanit. şi An. st. ale DCS

*) în total mai sînt cuprinse: depistări ale serv TBC, şedinţe radio şi fizioterapie, proceduri ale ISS.

In această perioadă, ponderea cea mai mare în CM (cca 6/10) o deţin în mod constant îngrijirile medicale ambulatorii(consultaţiile şi tratamentele medicale şi vizitele cadrelor medii) ce cresc numeric de 4,2 şi respectiv de 3,3 ori (tabel 89). Examenele de laborator şi explorările funcţionale(din toate unităţile sanitare) ocupă locul următor cu o pondere în CM de 15% în 1950 şi de aproape 30% în 1980 şi cu o creştere de 8,1 ori. Dintre acestea ecg şi analizele de laborator au avut creşterile cele mai mari (de 20 şi respectiv de 12 ori) iar de 6,5 ori radiografiile. In cadrul examenelor de laborator ponderea cea mai mare o au: în prezent: examenele biochimice (43,3%), hematologice (26,2%), microbiologice şi parazitologice (13,2%) şi sero-imunologice (5,4%), spitalele consumînd 6/10 din totalul acestor proceduri pentru obiectivizarea diagnosticului.

Ratele diferite de creştere şi modificările în structura CM se datoresc schimbărilor în morbiditatea şi în adresabilitatea populaţiei, în echiparea teritorială cu servicii medicale, aplicării programelor sani-

tare, progresului tehnic şi ştiinţific. Diferit de evoluţia acestor îngrijiri medicale, vaccinările - după o creştere pînă în 1970 - unele din ele au început să scadă, şi anume: TAB - după 1970, BCG - după 1975 şi AV - după 1982, menţinîndu-se un volum mare la vaccinările antitetanice, antidifterice şi antipoliomielitice, o introducere recentă cu o creştere la antirugeolice.

Evoluţia numărului şi structurii consultaţiilor şi tratamentelor din ultimii 30 ani arată orientarea dezvoltării programelor şi resurselor sanitare în rezolvarea cu eficienţă a problemelor de sănătate, şi anume:

- volumul preponderent îl au consultaţiile (de medicină generală şi de specialitate - 56%, cu 4,9/1 loc) faţă de tratamente (44%, cu 3,8/1 loc);

Tabel 90 - Consumul de consultaţii şi tratamente în România în perioada 1950 - 1980

Specificare	Date absolute - mii -		1980/1950	La 100 din total		Pt. 1 loc.	
	1950	1980		1950	1980	1950	1980
TOTAL cons. şi trat. din care:	46 534,2	194 171,4	4,2 ori	100,0	100,0	2,9	8,7
- de med. gen.	32 512,4	106 480,8	3,3 ori	69,9	54,8	2,0	4,8
- de specialit.	14 021,8	87 690,6	6,3 ori	30,1	45,2	0,9	3,9

Sursa: An. st. medico-sanit.

- din acelaşi total de consultaţii şi tratamente, ponderea mai mare o au cele de medicină generală, dar rata mai mare de creştere au avut-o cele de specialitate (de 6,3 ori), cu tendinţă de egalizare cu consultaţiile şi tratamentele de medicină generală (tabel 90);

- în cadrul celor de specialitate, cele mai mari creşteri le-au avut consultaţiile şi tratamentele: stomatologice (de 9,6 ori), neuropsihiatrice (6,8 ori), cardiovasculare (5,4 ori), de pediatrie (5 ori), de obstetrică-ginecologie (2,5 ori), de interne (2,2 ori), de endocrinologie (2,1 ori) iar cele de ftiziologie au scăzut cu 12%.

<u>Consumul medical prin spitalizare</u> - apreciat sintetic după numărul zilelor spitalizate (şederea cel puţin o noapte într-o unitate spitalicească[x]) - a avut în 30 ani o creştere de 3,5 ori. Bolile acute şi mai ales cele cronice acutizate sînt consumatorii cei mai mari; la masculin, bolile respiratorii, digestive, cardio-vasculare, traumatisme - intoxicaţii şi bolile infecto-parazitare (ce dau împreună 68,2% din consumul de spitalizare), iar la feminin: complicaţiile sarcinii-naşterii, bolile respiratorii, digestive, cardio-vasculare şi bolile infecto-parazitare (cu 64,5% din totalul spitalizărilor la acest sex).

---

x) Mizrahi A.A. - Influenţa factorilor socio-economici asupra spitalizării - Consemtion nr.2/1977.

Intrucît spitalizarea este cea mai complexă - prin multitudinea şi varietatea actelor medicale şi cea mai tehnică din felurile de asistenţă medicală - prin specialiştii şi echipamentele ce sînt necesare formelor mai deosebite de boală, ea este şi cea mai solicitată de populaţie. Dar, pentrucă rezolvă bolnavul şi nu boala în populaţie cu un consum mare de cheltuieli (52% din bugetul sanitar) şi pentrucă este imposibilă extinderea ei fără limite în orice teritoriu de pe glob se caută soluţii de a-i creşte eficienţa, în condiţiile oricărui nivel de asigurare cu paturi a populaţiei. Unele din soluţiile puse în practică se referă la: reducerea duratei de spitalizare pînă a nu crea consecinţe nedorite, spitalizarea la domiciliu a unor forme de boală folosind tehnicitatea spitalului (personalul medical specializat şi aparatura de diagnostic) şi extinderea activităţii cadrelor în exteriorul spitalului (în policlinică, în dispensare medicale, în colectivităţi teritoriale-şcolare şi ocupaţionale) pentru depistarea şi rezolvarea precoce a bolnavilor şi bolilor utilizînd laboratoarele centralizate de diagnostic. Paralel cu acestea, pe lîngă analiza cauzelor la bolile cu mari consumuri de spitalizare şi abordarea factorilor ce le condiţionează, se impune ca fondul teritorial de unităţi şi paturi să fie armonizat pe specialităţi şi ierarhizat pentru rezolvare după tehnicitatea cadrelor şi aparaturii, în raport cu nevoile de sănătate şi cu morbiditatea populaţiei.

Consumul de medicamente şi de produse farmaceutice[x] al populaţiei - parte componentă a satisfacerii nevoilor destinate sănătăţii şi, în cea mai mare măsură, a asistenţei medicale are o pondere importantă în CM şi o rată de creştere mai mare ca cea a examenelor de laborator şi a spitalizării. In ţările industrializate el se dublează la 5 ani şi reprezintă 15-20% din cheltuielile pentru sănătate (unde acestea au o pondere de 1-8% în PNB), iar în ţările în curs de dezvoltare rata lui de creştere este mai redusă dar ponderea lui este de 40-60% dintr-un volum mic de cheltuieli pentru sănătate (2% din PNB). In România, consumul farmaceutic a crescut în perioada 1950-1980 de 22,3 ori (tabel 89), de la 13 la 210 lei/loc., datorită dezvoltării asistenţei medicale şi numărului de unităţi medico-farmaceutice, creşterii adresabilităţii populaţiei şi diversificării gamei de produse farmaceutice. Comparativ cu ţările din jur, consumul de medicamente din ţara

x) Sub această denumire se cuprind: medicamente, produse farmaceutice, diverse soluţii, substanţe şi filme radiologice, reactivi de laborator, pansamente etc. El include atît medicamentele prescrise (din spitale şi unităţi ambulatorii) cît şi automedicaţia. Pentru desemnarea lui se poate folosi şi termenul de consum farmaceutic (CF).

noastră are un nivel mai mic.

Cea mai mare parte din acest consum este suportat de la bugetul de stat, prin gratuitatea practic integrală a asistenței medicale, iar o parte mică se suportă din bugetul familiei. Dintre unitățile medicale, cel mai mare consumator de medicamente este spitalul[x] (cu 63% din consumul total de medicamente) și aici, mai ales secțiile de chirurgie și obstetrică-ginecologie[xx].

La marea variație a consumului de medicamente pe glob (mai mare între țări decît în interiorul unei țări) se adaugă și o mare variabilitate a numărului specialităților farmaceutice în circulație (între 2000 și 30.000), din care - după experții OMS[xxx] - 500-800 ar fi suficiente pentru a acoperi 80-85% din nevoile terapeutice de bază. Aceiași experți OMS au selectat 200 substanțe active ce pot acoperi nevoile de tratament ale populației, pe baza cărora fiecare țară își poate stabili un nomenclator de medicamente corespunzător morbidității și programelor sanitare.

In România, numărul produselor pe principalele grupe terapeutice în 1980 erau: pentru sistemul nervos central - 110, pentru boli metabolice - 95, antimicrobiene și antiparazitare - 94, substanțe hormonale și antihormonale-60, pentru boli cardiovasculare - 49, antineoplazice - 25. Aceste aspecte dau unele indicații privind structura morbidității și asupra grupelor de boli ce au nevoia mai mare de produse farmaceutice.

Compararea corectă între teritorii privind consumul medicamentos se poate face mai bine în situația existenței indicațiilor clare și unitare de tratament.

In următoarele unu-două decenii, consumul global farmaceutic își va continua creșterea păstrînd diferențe pe regiuni ale globului în raport cu morbiditatea și cu structura demografică a acestora. Consum în creștere îl vor avea medicamentele etiotrope (antibacteriene, antivirotice, antifungice și antihelmintice), medicamentele cu acțiune cardiovasculară, antireumatică și antineoplazică, odată cu creșterea costurilor și cu restrîngerea generală a sortimentelor, la care se adaugă creșterea folosirii fitoterapiei. Consumul medicamentelor psihotrope va înregistra o scădere, iar în cadrul acestui grup o categorie de substanțe, denumite „medicament social"[xxxx], va fi folosită mai ales pentru a influența adaptarea și comportamentul.

---

x) Consumul de medicamente pe plan mondial și în România în perioada 1971-1980 - CCSS al MS, 1981.

xx) Utilizarea paturilor, durata medie de spitaliz. și cheltuieli bugetare în spitale în 1982, - CCSS, 1983.

xxx) Santé du Monde, mai 1981.

xxxx) Selby Ph., 1974, Health în 1980-1990, Krager, Basel.

Caracteristici şi particularităţi ale CM

Consumul, ca şi cererea, de îngrijiri medicale are următoarele principale caracteristici şi particularităţi ce le identifică în cadrul general al nevoilor omului:

a) CM se cuprinde în ambele componente ale subsistemului serviciilor publice: de consum individual şi de consum social (ce satisfac nevoile de ansamblu ale colectivităţii pentru buna funcţionare a vieţii social-economice);

b) In cele mai multe din teritorii, CM global - ocupă unul din primele trei locuri - ca pondere în cadrul nevoilor generale pentru viaţă, unităţile medico-sanitare (inclusiv farmaceutice) figurînd printre principalii producători de servicii pentru populaţie;

c) CM are una din cele mai mari game de acte medico-farmaceutice (ca număr de repere, durate variabile, moment de apariţie în timpul vieţii, combinaţii în rezolvarea nevoii etc) datorită diversităţii nevoilor de apărare şi de refacere a sănătăţii;

d) CM creşte în toată lumea - mai accentuat în ultimele decenii, pretutindeni el apare ca insuficient faţă de nevoia nelimitată de sănătate şi este repartizat neomogen în populaţie - în arii teritoriale mari sau mici. In teritoriile dezvoltate rata lui de creştere este mai mare ca cea a costului vieţii şi, după cheltuielile naţionale, este în prezent similară cu cea a sectoarelor de vîrf (electronică, energie etc);

e) In cadrul CM, în general în lume şi în ţara noastră (tabel 89), ponderea mai mare din volumul îngrijirilor medicale o deţin în mod constant consultaţiile şi tratamentele (de medicină generală şi de specialitate) - ca primă satisfacere a nevoii de sănătate, costul mai ridicat îl au spitalizările, iar rata cea mai mare de creştere din ultimele decenii îl au medicamentele şi examenele de obiectivizare a diagnosticului, ca urmare a creşterii grijei populaţiei pentru sănătate şi exigenţei serviciilor medicale pentru calitatea diagnosticului şi de evitare a erorilor. In viitorul previzibil în teritoriile în dezvoltare creşterea cea mai importantă o vor avea îngrijirile primare de sănătate ca să se poată asigura un minim pentru toţi, iar în teritoriile dezvoltate economic se vor dezvolta actele medicale tehnicizate ambulatorii şi în echipă datorită costului mai redus şi efectului preventiv mai important;

f) In etapa actuală şi în toate teritoriile, cea mai mare parte a CM este destinat refacerii sănătăţii, raportul CM preventiv/CM curativ fiind subunitar faţă de necesitatea unui raport supraunitar;

g) Orice act medical se realizează cu consum de forţă de muncă, de

de timp, de resurse financiare şi bunuri materiale (aparate, utilaje, instrumente, materiale sau produse biologice ori farmaceutice); la medicamente şi produse biologice, populaţia beneficiază nu atît de ele, ca atare, ci de funcţia (efectul) lor pentru a minimaliza riscul bolii asupra organismului şi a se maximiza protecţia sau refacerea sănătăţii şi capacităţii de muncă;

h) Spre deosebire de celelalte servicii ale populaţiei (comerţ, telecomunicaţii, transporturi) - unde producerea şi utilizarea lor sînt nemijlocit legate de bunuri materiale - la îngrijirile medicale nu se produc valori de întrebuinţare iar cheltuiala de muncă socială pentru realizarea lor nu măreşte volumul total al unor bunuri materiale de care ulterior să dispună societatea, dar ele contribuie la crearea condiţiilor pentru realizarea producţiei de bunuri şi la creşterea nivelului de trai. Pentru aceste motive unii specialişti[x)], consideră îngrijirile medicale pentru populaţia activă ca investiţii asupra factorului uman (principalul factor de producţie şi de creştere economică), iar numai cele pentru populaţia inactivă sînt considerate consumuri;

i) Faţă de alte servicii ale populaţiei, CM se răsfrînge asupra omului, direct - aşa cum sînt consultaţiile, tratamentele etc. sau indirect - aşa cum este identificarea şi neutralizarea factorilor nocivi din colectivităţi ocupaţionale şi şcolare. Dar, chiar şi cele indirecte au o finalitate strict individuală cu grade variate de avantaj, imediat sau tardiv. Ca urmare, orice activitate sau acţiune economico-socială înglobînd ca finalizare o cotă de prevenire a bolii sau a agravării ei - are în ultimă instanţă - şi un consum individual;

j) Producătorul (cadrele medico-sanitare), ce acordă îngrijiri medicale şi consumatorul (individ, colectivitate), ce-şi îngrijeşte sănătatea sînt prezenţi simultan în acelaşi loc şi moment ceea ce necesită o mare dispersie de resurse. Intrucît timpul de producţie coincide cu timpul de consum, iar munca se aplică asupra omului, îngrijirile medicale există, deci numai în procesul producerii şi nu pot fi desprinse de cei ce le consumă. Ca urmare, îngrijirile medicale consumîndu-se cînd se produc, ele nu se transportă, nu se stochează şi nu necesită o reţea intermediară între producător şi consumator, rezultînd - astfel - un avantaj economic al acestui sector.

Intrucît - în timp - pentru fiecare nevoie se face o solicitare, asigurarea rezolvării celor mai frecvente din nevoile de sănătate (îngrijirile de medicină generală) impune o reţea de „producţie" dispersată, cu unităţi cît mai aproape de populaţie (familie, colectivitate) şi cu

x) OMS - Cahiers de santé publique nr.64/1976

program permanent, ceea ce dau posibilităţi limitate de economii şi de productivitate. Diferit de acestea, actele medicale specializate - mai puţin frecvente dar cu un cost mai mare (proporţional cu mărimea echipei şi a gradului de dotare) - oferă posibilităţi de economii prin centralizare şi productivitate;

k) CM reprezintă rezultatul unor activităţi predominent „artizanale" (consultaţiile, tratamentele etc.) sau cel mult de „mică serie" (cum sînt determinările de laborator) impuse de necesitatea ca, în prevenirea şi diagnosticul bolii, orice act medical să fie „unicat", adaptat fiecărui individ. Ca urmare, în procesul de transformare a resurselor din unităţile sanitare, forţa de muncă ocupă ponderea cea mai mare peste față de 16% cît este în industrie. 61% (tab.93) în costurile specifice. Producţia de îngrijiri medicale este nu numai predominent o „industrie manuală" ci şi unul din sectoarele unde personalul calificat şi specializat - necesitînd una din duratele cele mai mari de pregătire profesională şi continuă tehnicizare - are o mare pondere ca număr şi ca responsabilitate în „producţie". Acestea explică, în parte, costul specific ridicat şi adaptarea mai lentă a sectorului medical la creşteri sau modificări rapide;

l) Dezvoltarea CM însoţeşte dezvoltarea sectorului medical (unităţi, cadre, alocaţii bugetare) dar nu o urmăreşte cu aceiaşi măsură, obişnuit apare mai tîrziu iar efectele CM în sănătatea populaţiei apar şi mai tardiv;

m) Diversificarea, specializarea şi tehnicizarea „ofertei" medicale induce creşterea cerinţelor şi consumului de îngrijiri medicale. Existenţa acestor aspecte necesită a fi cunoscute pentru a nu se deforma volumul şi structura nevoilor reale, a priorităţilor în programul sanitar şi a resurselor necesare acestora;

n) Actele şi acţiunile medicale (CM) contribuie la promovarea, menţinerea sau refacerea sănătăţii, dar volumul lor sau al resurselor alocate nu se confundă cu nivelul sănătăţii, medicina nefiind egală cu sănătatea pentrucă aceasta are o multitudine de alţi factori ce o condiţionează. Datorită aceloraşi condiţionări, suplimentarea sau reducerea cheltuielilor sanitare nu sînt urmate obligator şi în orice situaţie de îmbunătăţirea respectiv înrăutăţirea sănătăţii;

o) Rezolvarea sănătăţii cere mai întîi tehnicitate din partea personalului medical şi din ce în ce mai multă exigenţă pentru calitatea îngrijirilor medicale atît din partea „consumatorului" cît şi din partea „producătorului", erorile în plus sau în minus fiind mai greu admisibile;

p). Tendinţa în toate teritoriile globului e ca îngrijirile medicale să fie produsul unui serviciu colectiv, ca acestea să fie organizate, dezvoltate şi finanţate de conducerea (centrală sau locală) a colectivităţii - de la construcţia de clădiri sanitare pînă la asistenţa medicală a bolnavului;

r) Volumul, structura şi mai ales calitatea îngrijirilor medicale, mai mult decît alte servicii pentru populaţie, condiţionează celelalte sectoare social-economice şi progresul general al colectivităţii, ce sînt - la rîndul lor - suport pentru dezvoltarea cantitativă şi calitativă a îngrijirilor medicale;

s) In orice teritoriu se tinde ca sănătatea să fie rezolvată conform cu „nevoia fiecăruia", faţă de celelalte nevoi ale omului a căror rezolvare rămîn să se facă „după posibilităţile fiecărui individ" Acest aspect redă creşterea importanţei individuale şi sociale a sănătăţii.

Metode de stabilire a necesarului de îngrijiri medicale(de CM)

Nevoia de îngrijiri medicale a populaţiei se apreciază cu dificultate, dată fiind subiectivitatea noţiunii şi lipsa unităţii de măsură. Totuşi, stabilirea unui necesar de îngrijiri medicale (a ceea ce ar avea nevoie) pentru o populaţie se bazează în principal pe cererea satisfăcută dintr-o perioadă de timp (consumul medical şi farmaceutic) sau/şi pe morbiditate (apreciată prin tehnici fidele):

- metoda înregistrării CM şi CF pe eşantioane de familii din centre populate (cartiere urbane, sate) şi pe eşantioane din colectivităţi şcolare şi ocupaţionale, selectate pe criteriul existenţei unităţilor de asistenţă medicală (dispensar, policlinică, spital, farmacie) asigurate cu cadre şi dotate cu aparate medicale şi medicamente. Inregistrarea CM şi CF la persoanele din eşantioane se face pe durate de 1-2 ani, retrospectiv sau prospectiv, prin chestionare directă sau prin autoînregistrare. Pe baza acestora se stabileşte CM şi CF (global şi pe feluri de acte medicale) pe vîrste, sexe, familii, după tipuri de unităţi sanitare, pe luni calendaristice. Concomitent se mai pot înregistra: cheltuielile individuale şi ale familiei pentru asistenţă medicală şi medicamente, autoconsumul de îngrijiri medicale şi de medicamente etc. Metoda urmăreşte mai mult cunoaşterea necesarului global,pe feluri de acte medicale şi pe tipuri de unităţi sanitare decît relaţia cu bolile ce determină CM şi CF;

- metoda morbidităţii foloseşte incidenţa pe un an a bolilor cu declarare nominală şi ancheta de prevalenţă (unică sau repetată) pe eşantioane de centre populate (urbane şi rurale) şi de persoane de toate vîrstele din localităţile selectate. Această metodă stabileşte în principal frecvenţa boli-

lor din populaţie (pe vîrste, sexe, etc) şi, la frecvenţa fiecărei boli, CM şi CF pe un an calendaristic. Rezultatele obţinute servesc ulterior pentru aprecierea necesarului (pe feluri de acte medicale şi tipuri de unităţi sanitare) pentru frecvenţe diferite a bolilor din alte teritorii. Cu ajutorul aceleiaşi anchete de prevalenţă se mai poate stabili incapacitatea de muncă (temporară şi definitivă) la persoanele ocupate în producţia socială pe boli şi forme de gravitate precum şi implicaţiile economice ale acestora.

In acelaşi scop, acestea pot fi completate cu:

- estimaţii de CM şi CF (din depistări şi controale medicale clinice şi cu laboratorul, spitalizări, consum de medicamente, vaccinări etc) pentru bolile înscrise ca priorităţi în programul sanitar teritorial;
- sondajele opiniei „consumatorului" şi ale „producătorului" de îngrijiri medicale şi de medicamente;
- studiul consumului de timp al personalului medico-sanitar din diferite tipuri de unităţi sanitare;
- recomandări ale comsiilor de specialişti OMS.

In stabilirea necesarului de CM şi CF, fiecare din metode poate da erori (în plus sau minus). De acestea trebuie să se ţină seama în extrapolarea lor la colectivităţi, cu diferite grade de echipare medicală şi de instruire.

Mai mult decît la alte nevoi sociale, nevoia de sănătate şi de asistenţă medicală exercită „presiune" asupra producţiei de îngrijiri medicale şi „direcţionează" volumul şi structura consumului medical, aşa cum se petrece în perioada actuală cu suprasolicitarea de spitalizări, de consultaţii de specialitate, de unele examene de laborator sau cu abuzul de unele medicamente. In stabilirea necesarului de CM şi CF trebuie avute în vedere gradul şi extinderea unor asemenea aspecte.

7.1.2.3.2. - <u>Cheltuielile pentru sănătate</u>

Aprecierea consumului destinat sănătăţii sau numai pentru asistenţă medicală se poate face în unităţile lor naturale (m.c. apă potabilă, nr.locuinţe salubre etc., respectiv nr.consultaţii, examene de laborator, zile de spitalizare etc) şi/sau folosind unităţile băneşti sub forma cheltuielilor pe care acestea le incumbă în realizarea lor.

<u>Cheltuielile pentru sănătate</u> - termen general - desemnează, în expresie monetară, consumul de materiale, de muncă şi energie pentru satisfacerea nevoilor de promovare, protecţie şi refacere a sănătăţii populaţiei (cheltuieli globale pentru sănătate).

<u>Cheltuielile pentru asistenţa medicală</u> - cuprinse în sfera chel-

tuielilor pentru sănătate - reprezintă cheltuielile (pentru materiale, forţă de muncă, energie) efectuate numai de sectorul unităţilor medico-sanitare al colectivităţii pentru satisfacerea nevoilor de prevenire a bolilor şi de refacere a sănătăţii (cheltuieli directe pentru sănătate); ele sînt considerate ca cheltuieli nu direct productive, sînt necesare pentru asigurarea sănătăţii forţei de muncă şi a restului de populaţie şi se acopăr din VN.Diferenţa dintre aceste două sfere (cheltuieli globale şi directe pentru sănătate) o reprezintă cheltuielile ce participă la sănătate şi care se fac de sectoarele economico-sociale (cheltuieli indirecte pentru sănătate). La acestea se adaugă, în termeni monetari, consecinţele bolii pentru colectivitate, producţie şi familie şi cheltuielile efective ale familiei cu îngrijirea bolnavului.

Aceste echivalenţe în bani (pentru cadre, materiale, energie) servesc în planificarea şi repartizarea resurselor pentru dezvoltarea şi executarea acţiunilor destinate sănătăţii şi pentru sectorul sanitar, pentru dimensionarea programelor sanitare (inclusiv în ordonarea priorităţilor şi în stabilirea renunţărilor), cît şi în evaluarea anticipată sau finală a efectelor acestor programe asupra sănătăţii populaţiei.

Cheltuielile globale pentru sănătate şi cele pentru asistenţă medicală pot fi grupate după aceleaşi criterii folosite la CM, la care se adaugă criteriile: scopului, după procesul tehnologic, după necesitate, după sursa de finanţare.

După criteriul scopului se pot grupa în cheltuieli pentru: cercetare, formarea şi perfecţionarea cadrelor, pentru construcţii de unităţi sanitare (cheltuieli de investiţii) sau pentru funcţionarea lor etc.

După procesul tehnologic: cheltuieli de bază (materiale sanitare, produse biologice, retribuţia personalului medical etc) şi cheltuieli de întreţinere şi funcţionare (apă, energie, electrică şi termică, telefon, poştă, telex, imprimate, retribuţia personalului de conducere, administrare şi întreţinere).

După necesitatea lor: cheltuieli oportune (strict necesare executării activităţii) şi inoportune (peste nevoile unităţii sau ale unei acţiuni sanitare).

După sursa de finanţare:

- din bugetul de stat - în totalitate, aşa cum există în ţările socialiste;
- din subvenţii particulare (persoane, organizaţii sau asociaţii);
- din asigurări voluntare sau obligatorii ale populaţiei;
- din surse mixte (particulare, asigurări, de stat) aşa cum sînt

situaţii în ţările cu sistem de asistenţă publică şi de asigurare a bolii.

Această diversitate a surselor de finanţare din unele teritorii de pe glob produce dificultăţi în compararea între teritorii şi în timp a volumului, structurilor şi evoluţiei cheltuielilor pentru sănătate.

Fiind corespondenţa băneacsă a nevoii, cererii, producţiei şi consumului destinat sănătăţii şi CM, cheltuielile le însoţesc ca un parametru monetar şi li se pot cunoaşte volumul şi structura sub această formă prin înregistrare sau prin studii în acest scop. Cheltuielile pentru sănătate, mai ales cele indirecte, nu se pot calcula cu precizie. Comparaţiile internaţionale şi în timp dau mai mult confuzie datorită includerii acestora la alte sectoare social economice şi dependenţei de valoarea monetară. Pentru cheltuielile directe de asistenţă medicală aprecierea foloseşte aspectele generale privind (tabelul 91): volumul cheltuielilor din bugetul de stat şi ponderea lor în VN sau în cheltuielile totale ori în cele social-culturale; cheltuieli pentru 1 loc/an; repartizarea cheltuielilor pentru asistenţă medicală pe tipuri şi ierarhii de unităţi sanitare (dispensare, policlinici, spitale comunale, orăşeneşti, judeţene, clinice etc. - tabel 92).

Cheltuielile pentru asistenţă medicală cresc în toată lumea, în unele teritorii fiind mai mari decît restul cheltuielilor publice şi cu tendinţă de a se dubla către sfîrşitul acestui secol, sănătatea populaţiei devenind o problemă economică în bugetul statului. Nivelul lor are o mare variabilitate pe glob: 2 $ în teritoriile cel mai puţin dezvoltate, 7 $ în teritoriile în curs de dezvoltare şi 24o $/1 loc/an în teritoriile dezvoltate economic[x)]. Acestea reprezintă în PNB între 1% (în ţările cel mai puţin dezvoltate) şi 4% (în teritoriile dezvoltate)[x)]. Ponderea participării statului şi a familiei la aceste cheltuieli este de asemenea variabilă: statul participă cu 3o% în SUA şi cu 8o% în Cehoslovacia.

In România, în perioada 195o-1982, cheltuielile directe pentru sănătate din bugetul statului au crescut de 26 ori (de la 644,5 mil.lei în 195o la 16.621,9 mil.lei în 1982) cu o rată medie anuală de 1o,4% mai mare decît a VN (8,7%) şi decît a cheltuielilor social culturale (1o,1%). Aceste cheltuieli pentru sănătate au - în ultimii ani - o pondere de 6% în VN şi de 6,5% în bugetul total al cheltuielilor statului, reprezintă 1/5 în cheltuielile social-culturale şi asigură 74o lei/loc/an (tabel 9[illegible]),

---

x)Date pentru 198o, după Chronique OMS, 35/1981, 6, 25o.

Tabel 91 - EVOLUTIA CHELTUIELILOR PENTRU SANATATE DE LA BUGETUL DE STAT IN ROMANIA, 1950 - 1982

Specificare			1950	1960	1970	1980	1982
- Chelt. ptr SANATATE de la bugetul de stat		mil.lei	644,5	2 954,8	6 930,2	14 235,3	16 621,9
- Creștere	Venitului Național		100,0	2,9 ori	8,3	14,9	13,9
	cheltuieli soc. cult. buget stat		100,0	3,9 ori	9,9	20,6	24,0
	cheltuieli SANATATE buget stat		100,0	4,6 ori	10,8	22,1	25,8
- Ponderea cheltuieli ptr. SANATATE în VN		%	3,2	5,1	5,2	4,8	6,0
- Ponderea în cheltuieli de la buget stat	- a chelt. soc. cult.	%	18,1	23,9	26,0	23,9	32,1
	- chelt. SANATATE	%	3,4	5,3	5,3	4,8	6,5
- Ponderea chelt. SANATATE în chelt. soc.-cult.		%	18,7	22,3	20,4	20,1	20,2
- Lei/loc. cheltuieli ptr. SANATATE buget stat			40	161	346	641	740

Sursa: Anuare statistice ale R.S.R.

din care ponderea cea mai mare sînt pentru refacerea sănătății și mai puțin pentru prevenirea bolii. La acestea se adaugă cheltuielile familiei, mai ales pentru tratament și recuperare, atît în situațiile cînd nu se adresează serviciilor medicale cît și pînă sau după asistența medicală acordată de serviciile ambulatorii și spitalicești.

Tabel 92 - Repartizarea bugetului sanitar național pe principalele tipuri de unități sanitare în România (la 100 din bugetul de chelt.)

Tipuri de unități	1971	1982
- spitale	50,7	52,1%
- disp.med. și policl.	28,6	28,0
- creșe și leagăne	3,3	5,5
- stații salvare	3,4	3,4
- sanat.-prevent. T.BC.	12,2	1,3
- alte unități sanitare	1,8	9,7

Principalul consumator din bugetul sanitar al statului este spitalul (partea cu paturi) cu 52,1% în 1982, urmat de unitățile medicale ambulatorii (dispensare și policlinici) cu 28%, de creșe și leagăne cu 5,5% și de stațiile de salvare cu 3,4% (tabel 92)x). Repartizarea resurselor financiare din bugetul sanitar național pe tipuri de unități medicale arată, în linii mari: conceptul și modul de rezolvare a nevoilor de sănătate, structura organizatorică a sistemului sanitar cu ponderea consumatorilor de resurse pentru asistența medicală și evoluția unor probleme de sănătate ale populației.

x) Sursa: Eficiența și cheltuielile bugetare în 1971; Utilizarea paturilor, durata medie de spitalizare și chelt.buget.în spitale în 1982 - CCSS al MS.

Astfel,dezvoltarea unităţilor cu paturi a dus la creşterea de 2,3 ori a cheltuielilor în ultimii 11 ani (3,7 în 1971 şi 8,7 mld lei în 1982) pentru cel mai mare consumator de resurse,cu o rată de creştere similară pentru asistenţa ambulatorie şi cu scăderea ponderii cheltuielilor în bugetul de sănătate pentru unităţile TBC cu paturi,ca urmare a scăderii endemiei TBC şi a reorientării acţiunilor organizatorice de reducere a acestei boli.

Tabel 93 - Repartizarea bugetului sanitar naţional pe principalele categorii de cheltuieli în ROMANIA (la 100 din total cheltuieli)

Categorii de cheltuieli	1965 (1)	1982 (3)
-retribuţia personalului	47,0	61,0
-medicam.şi mat. sanit.	23,8	16,2
-hrană bolnavi spitalizaţi	10,3	6,6
-echipare întreţ.,funcţ.	18,9	16,2

In acelaşi buget sanitar naţional (toate unităţile sanitare la un loc) ponderea cea mai mare în totalul cheltuielilor o au retribuţia personalului (tab.93) de 47,0% în 1965 şi 61,0% în 1982,cu o creştere şi la valori absolute de 4,4 ori (2,3 mld lei în 1965 şi 10,1 mld lei în 1982) într-o perioadă de 17 ani. In această structură a cheltuielilor sanitare,după retribuţie,urmează medicamentele,hrana şi grupa cheltuielilor necesare funcţionării unităţilor (tab.93).

Tabel 93 a - Structura pe grupe de cheltuieli primare pentru costul efectiv al producţiei marfă în industria republicană din ROMANIA - 1982

ramuri industriale / elemente de cheltuieli primare	Energ. electr.	Chimie	Sticlă porţelan faianţă	Total sect. industr.
a) retrib. pers.şi contrib. asig. soc.	7,0	10,8	38,5	16,2
b) materii prime şi materiale	4,6	65,5	37,2	65,1
c) combustibil,energie,apă	65,5	11,7	12,5	8,1
d) amortizări şi alte cheltuieli	22,9	12,0	11,8	10,4

Prin comparaţie,la sectorul industrial retribuţia personalului este de 16% şi această pondere creşte cu cît nevoia de manoperă este mai mare (tab.93 a). Structura pe categorii de cheltuieli la principalii consumatori (spitalul şi unităţile de asistenţă medicală ambulatorie) este asemănătoare dar cu alte ponderi ale componentelor,particulare activităţilor ce le desfăşoară. In ţara noastră - ca şi în alte ţări - în totalul cheltuielilor spitalului, retribuţia personalului reprezintă 57,1% iar medicamentele - 17,8%(tab.94).La unităţile de asistenţă ambulatorie,retribuţia personalului şi medicamentele reprezintă 9/10(tab.95) şi au ponderi mai mari ca la spitale dat fiind volumul mai redus de cheltuieli.

Tabel 94 - Repartizarea bugetului spitalelor pe principalele categorii de cheltuieli în ROMANIA,1960-1982 (la 100 din total cheltuieli)

Categoria de cheltuieli	1960 (4)	1971 (2)	1982 (3)
-retribuţia personalului	44,1	48,8	57,1
-medicam.,mat. sanit.	17,9	21,9	17,8
-hrana bolnavilor	21,3	13,1	10,3
-echipare,întreţ.,funcţ.	16,7	16,2	14,8

1) Ilea T. - Planificare şi economie în ocrotirea sănătăţii, Ed.Med.,1968
2) Eficienţă şi cheltuieli bugetare - CCSS, 1972.
3) Utilizarea paturilor,d.m.de spitaliz.şi chelt.buget,în spit.CCSS,1983.
4) I.Lăpuşan şi colab.-Costul asist.spitalicesti pe eşantioane şi tipuri de spital în R.S.R.-Inst.Igienă Bucureşti.

Tabel 95 - Repartizarea bugetului pe principalele categorii de cheltuieli pentru asistenţa medicală ambulatorie (dispensare şi policlinici) la un judeţ din Moldova - 1983 (la 100 din total cheltuieli)

Categoria de cheltuieli	Total asist.med ambul.	Disp.şi policl. urbane	Disp. med. rurale
- retribuţia personalului	63,7	65,9	58,3%
- medicamente şi mat. sanit.	27,4	26,4	29,8
- hrana bolnavilor (5)	1,8	1,2	3,1
- echip., întreţ., funcţ.	7,1	6,5	8,7

Aceste ponderi şi evoluţii a cheltuielilor pentru retribuţie se datoresc creşterii numărului personalului medical şi gradului de specializare a acestuia concomitent cu majorările retribuţiei în cadrul politicii statului socialist de creştere continuă a venitului oamenilor muncii. Creşterea calităţii actelor medicale , prin creşterea continuă a tehnicităţii personalului medico-sanitar reprezintă calea principală de rentabilizare a acestui mare grup de cheltuieli în bugetele sanitare.

Costul asistenţei medicale (CM) şi componentele acestuia

In procesul asigurării asistenţei medicale(al CM)prin variate feluri de îngrijiri medicale acordate de diferitele tipuri de unităţi sanitare, cheltuielile prevăzute şi făcute pentru mijloace materiale (clădiri, utilaje, aparate, instrumentar, medicamente, materiale sanitare, cazarmament, alimente etc) şi pentru muncă nu presupune şi consumul în totalitate a acestora. Ca urmare, în timp ce echiparea, dotarea, aprovizionarea unităţilor sanitare şi tehnicizarea personalului generează cheltuieli, consumul de mijloace materiale şi de muncă generează costuri. In comparaţie cu cheltuielile, ce au sensul de asigurare (prevedere) sau de achitare bănească, costul are un sens bănesc mai restrîns, de consum efectiv. Costul e suma cheltuită numai pentru ce s-a consumat. Ca urmare din cheltuielile făcute pentru medicamente, materiale, alimente etc. devin costuri numai cantităţile consumate din acestea (exclusiv ce a rămas în magazie). Noţiunea de cost fiind acceptată şi pentru activităţile nu direct productive, înseamnă că totalitatea consumurilor efective de valori materiale şi de muncă în asistenţa medicală reprezintă costurile diferitelor feluri de îngrijiri medicale şi nu cheltuielile îngrijirilor medicale şi nici preţul de cost al îngrijirilor medicale (pentrucă acestea nu se vînd).

x) Cuprinde, în urban: numai laptele p.tratam.la domiciliu a distrofiei la sugari; în rural: hrana pentru casa de naşteri şi staţ.de copii şi laptele pentru sugari distrofici.

Astfel, corect se exprimă: - cheltuieli pe întregul sector sanitar ori pe dispensare, policlinici, spitale etc. sau la acestea pe naturi de cheltuieli(retribuţia personalului, dotarea cu utilaje şi aparate medicale, cazarmament şi alimente la un spital, pentru reparaţii la clădiri şi aparate etc.) ; toate nominalizînd plăţi destinate pentru mijloace materiale şi muncă. Si tot corect se exprimă: costul unei consultaţii, a unui tratament, a unui examen de laborator, a unei vaccinări, a unei zile de spitalizare, a unei depistări în examinările de masă etc., cost ce conţine consumul efectiv al unei diversităţi de valori (muncă, medicamente şi materiale sanitare, produse biologice, uzura aparatelor şi instrumentelor, energie electrică şi termică etc.) pentru o anume categorie de acte medicale.

Noţiunea de cost, ca un consum complex, heterogen şi efectiv de valori pe unitate de îngrijire medicală sau de timp, serveşte în analiza cheltuielilor şi în aprecierea eficienţei felurilor de activităţi şi tipurilor de unităţi medicale.

Cheltuielile cuprinse în cost, ţinînd seama de semnificaţia şi complexitatea acestuia, se grupează:

a) după ponderea de participare a componentelor în:

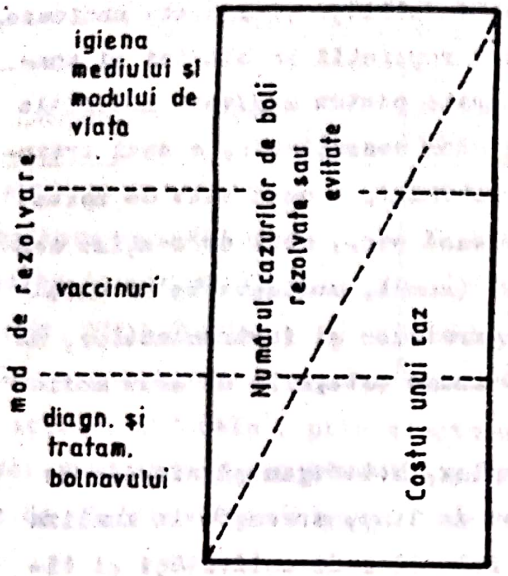
- cheltuieli directe sau convenţional variabile: ponderea cea mai mare de participare nemijlocită la actele medicale o au retribuţia personalului medico-sanitar, medicamentele şi materialele sanitare. Ele sînt dependente de volumul activităţii (cresc sau scad odată cu modificarea acestuia) şi se pot stabili prin calcule pe unitate de îngrijire medicală;

- cheltuieli indirecte sau comune, privesc toată unitatea sanitară, se referă la întreţinerea şi funcţionarea unităţii, a clădirilor, utilajelor şi aparatelor etc. Ele rămîn constante la o modificare oarecare a volumului activităţii sau se schimbă foarte puţin. Neputîndu-se stabili cu exactitate ci prin calcule indirecte, ele se repartizează prin cote estimate la fiecare fel de îngrijire medicală;

b) după natura lor economică (structura pe categorii de cheltuieli): cheltuieli pentru retribuţia personalului, pentru medicamente şi materiale sanitare, hrana bolnavilor, întreţinere şi funcţionare etc.

In general, promovarea şi menţinerea sănătăţii e mult mai puţin costisitoare ca refacerea ei şi îngrijirea bolii. Astfel, intervenţiile nespecifice ale igienei (mediului şi modului de viaţă şi de muncă, alimentaţia raţională, calitatea apei etc) sînt nu numai cele mai umane dar şi cele mai puţin costisitoare pentrucă evită producerea bolilor.

Schema 33 - Modalităţi de rezolvare (evitare) a bolii în populaţie cu relaţia dintre nr. cazurilor şi costul unui caz rezolvat (evitat)



Vaccinările, ca exemplu intermediar, intervenţie tehnologică specifică de înzestrare imunologică a organismului uman, cu eficacitate aproape completă, rămîn totuşi costisitoare pentrucă înglobează cheltuielile cercetării, producţiei, transporturilor, depozitării şi executării lor. Ingrijirile medicale ale bolnavului, cu efect temporar şi cu mari cheltuieli pentru tehnologii de diagnostic şi tratament sînt cele mai costisitoare (schema 33). In satisfacerea nevoilor (cererilor) de asistenţă medicală şi în realizarea programelor sanitare costurile îngrijirilor medicale diferă după tipurile de unităţi sanitare şi după conţinutul şi ponderea elementelor din structura cheltuielilor.

Tabel 96 - Costul (în lei) şi durata spitalizării în R. S. România în perioada 1961 - 1982 (toate tipurile de spitale)

Specificare	1961	1971	1982	1982/1961
- 1 pat	13 700	25 175	44 080	+ 3,2 ori
- 1 bolnav	836	944	1774	+ 2,1
- 1 zi	45	83	161	+ 3,6
durata medie spitaliz.-zile	13,1	11,7	11,0	- 16 %

Dintre tipurile de îngrijiri medicale ale bolnavului, în toate teritoriile globului, costul cel mai mare şi în continuă creştere îl au spitalizările, care rezolvă temporar o stare de boală iar costul cel mai redus îl au consultaţiile primare de medicină generală care rezolvă cel mai mult şi pe lungă durată pentru sănătatea persoanei. La toate actele medicale, mai mult ca în industrie, forţa de muncă participă la costuri cu ponderea cea mai mare şi în continuă creştere (vezi tab. 93 şi 93 a).

In ţara noastră, pentru un an recent, costul funcţionării anuale a unui pat de spital[x] (toate tipurile de spitale la un loc) este de 44.000 lei (cu o creştere de 3,2 ori în 20 ani), a unui bolnav[x] e de 1.800 lei (de 2,1 ori mai costisitor ca în 1961) şi a unei zile de spitalizare[x] e de 160 lei

x) Costul mediu al unui pat, al unui bolnav, al unei zile de spitalizare se calculează: total chelt. efective/nr. paturi, respectiv nr. externaţi sau nr. zile de spitalizare. In acelaşi mod se procedează şi pentru obţinerea costului mediu la medicamente (art. 21 din clasificaţia bugetară) pentru 1 pat, 1 bolnav sau 1 zi spitalizare.

Tabel 97 - Costul spitalizării pe tipuri de spitale în România, 1971 și 1982

Tipuri spitale	1 pat		1 bolnav		1 zi	
	1971	1982	1971	1982	1971	1982
	T O T A L					
Toate spitalele	25 175	44 080	944	1774	83	161
- clinic	31 810	65 650	1383	2500	98	216
- urban	21-24 mii	41 430	760-860	1540	75-82	151
- rural	21 127	28 700	698	1984	84	122
din care medicamente						
Toate spitalele	4 356	5911	163	238	14	22
- clinic	7 438	10174	323	366	23	34
- urban	3,9-6,9ori	5389	140-245	192	15-23	20
- rural	3371	2786	111	191	13	12

Sursa: Eficiența și cheltuieli bugetare, CCSS- MS

(de 3,6 ori mai scump ca în 1961), concomitent cu reducerea cu 16% a duratei medii de spitalizare (tabel 96). Datorită dotărilor mai scumpe, tehnicității mai mari a personalului medical, investigațiilor mai multe și medicamentelor costisitoare impuse de stările mai deosebite de boală, spitalele clinice au costurile și ratele de creștere cele mai mari (tabel 97), produse mai ales de cheltuielile pentru retribuția personalului și pentru medicamente. Cu un cost mai redus urmează spitalele urbane neclinice, ce au mari variații între ele și apoi spitalele rurale, ce-și justifică prezența dar nu și eficiența în teritoriu. In afara variației după tipul de spital (clinic, urban, rural), costurile spitalizării mai diferă în raport cu: profilul spitalului (secției) și cu gradul de dotare și utilizare, cu capacitatea spitalului, cu structura morbidității spitalizate, cu asociațiile de boli și gravitatea acestora, cu comportamentul terapeutic al medicilor ș.a. Astfel, spitalele (secțiile) pentru bolnavi acuți au costuri mai mari ca cele pentru cronici; Secțiile chirurgicale (plastică și reparatorie, urologie ș.a) și de obstetrică-ginecologie au costuri mai mari decît secțiile medicale (interne, endocrinologie, neurologie) și de pediatrie. Spitalele prea mari (peste 800 paturi) și cele prea mici (sub 250 paturi) au costuri mai ridicate de spitalizare. In general bolile cronice (tuberculoza, cancerul, diabetul zaharat, hepatitele cronice, cirozele etc)și unele boli acute (pneumoniile, infarctul de miocard, hepatita virală, intoxicații, arsuri, traumatisme, nefrita acută ș.a.) au costuri mai mari prin numărul și complexitatea actelor medicale și medicamentelor și prin durata de spitalizare ce le necesită. Dintre unitățile sanitare, spitalele au nu numai costurile de funcționare cele mai mari și dotările cele mai scumpe ci și cele mai mari pentru construirea unei noi clădiri. Astfel, pentru construirea unui nou spital (inclusiv toate echipările necesare intrării în funcțiune) un pat costă de 3-4 ori mai mult decît funcționarea lui pe un an,

cu variaţii după capacitatea şi competenţele date spitalului (cel cu capacitate prea mică sau cel cu activităţi supraspecializate are costuri mai mari). Orice spital, ca să-şi îndeplinească rolul său necesită clădiri costisitoare, iar ca să funcţioneze eficient pretinde modernizarea continuă, dotări şi medicamente mereu mai scumpe şi forţă de muncă mai specializată, care îl fac cel mai mare consumator din bugetul sanitar. Din aceste considerente, la solicitarea şi aprobarea construcţiei, la amplasarea în teritoriu şi la stabilirea capacităţii şi structurii şi pînă la funcţionarea lui necesită multă chibzuinţă şi permanentă referire la avantajele aduse sănătăţii populaţiei.

Costul îngrijirilor medicale ambulatorii este mult mai redus: o consultaţie de specialitate în policlinică costă 25 lei, o consultaţie de medicină generală are un cost mediu de 15 lei (mai mare la copii şi mai mic la adulţi), iar un tratament obişnuit are un cost mediu de 10 lei.

In structura costurilor medii de la spitalizări şi de la unităţile medicale ambulatorii categoriile de cheltuieli (retribuţia personalului, medicamentele etc) participă cu ponderile ce au fost menţionate.

La alte tipuri de unităţi sanitare, prin raportarea volumului total de cheltuieli la elementele caracteristice activităţii se poate aprecia: costul mediu al unui litru de sînge pentru transfuzie sau a unui km parcurs de autoambulanţele staţiei de salvare etc.

In cunoaşterea costului mediu a unui examen de laborator, tratament, radiografii sau radioscopii, a unei vaccinări, a unei persoane examinate sau a unui caz nou de boală din depistările medicale de masă (inclusiv a participării diferitelor categorii de cheltuieli în structura costului mediu), a unei zile de concediu medical datorită bolii la persoanele ocupate în producţia socială etc. necesită investigaţii adecvate.

Costul complet al unei boli are o sferă mult mai mare decît cheltuielile ce se fac pentru ea din bugetul sanitar. El include atît cheltuielile făcute cît şi pierderile economice ce le generează, şi anume:

- cheltuielile indirecte din bugetul de stat pentru protecţia sănătăţii şi pentru profilaxia primară a bolii, pentru formarea şi perfecţionarea cadrelor ce lucrează în sectorul sanitar, pentru recalificarea profesională a bolnavilor, pentru cercetările de care beneficiază prevenirea şi reducerea frecvenţei bolii etc.;

- cheltuielile directe din bugetul sanitar pentru vaccinare, depistare, tratament şi recuperare medicală în boala respectivă;

- cheltuielile din bugetul familiei pentru îngrijirea, dieta şi medicamentele necesare bolnavului;

- cheltuieli din bugetul asigurărilor sociale: îndemnizaţii pentru concediu medical şi invaliditate, pentru întreţinerea handicapaţilor prin boală;

- pierderile în economie: prin amînarea sau întreruperea instrucţiei generale şi profesionale, prin absenteism din producţia socială datorită incapacităţii temporare, invalidităţii sau decesului prematur la persoanele ocupate în muncă etc. In asemenea situaţii, aria şi elementele de investigaţii sînt mult mai mari şi necesită participarea mai multor specialităţi în echipa de cercetare.

7.1.2.4. - <u>Factorii ce condiţionează consumul medical şi cheltuielile pentru sănătate</u>

Sînt multipli şi, obişnuit, participă în variate asociaţii şi cu ponderi diferite la consumul destinat sănătăţii şi asistenţei medicale şi la cheltuielile acestora. Unii factori fac ca aceste consumuri să crească, alţii să scadă, iar în circumstanţe diferite îşi pot schimba sensul contribuţiei în asocierea din care fac parte. In acţiunea ce o exercită, combinaţiile lor se modifică în timp şi cu dezvoltarea social-economică a colectivităţilor. Pentru a-i stăpîni este necesară cunoaşterea şi stabilirea ponderii lor de contribuţie prin investigaţii complexe şi analize atente.

Ca urmare, şi sistematizarea lor este mai mult în scop didactic, iar ordonarea prezentată nu are o relaţie obligatorie şi în orice situaţie cu importanţa sau ponderea lor de contribuţie.

In condiţionarea consumului medico-farmaceutic şi a cheltuielilor pentru sănătate se pot selecta următoarele grupe de factori:

a) <u>Factori demografici</u>.

Realizează consumul medical şi cheltuielile sanitare, acestea avînd o rată mai mare de creştere decît numărul locuitorilor. In R.S.România rata medie anuală de creştere în perioada 1951-1983 a fost de 1% pentru populaţie, de 6-8% pentru CM şi de 10% pentru cheltuieli sanitare. Ei sînt reprezentaţi de: volumul populaţiei (teritoriale sau din colectivitate) arondate unităţii sanitare, de principalele ei structuri (sexe, vîrste, medii de reşedinţă, ocupaţii, situaţii sociale etc), de rata dinamicii demografice (naturale şi migratorie) şi de durata medie a vieţii populaţiei. De aceşti factori şi de rata modificărilor necesită a ţine seama în primul rînd analiza consumului medical, farmaceutic şi financiar şi în dimensionarea resurselor sanitare. Majoritatea factorilor

din acest grup sînt în relaţie directă cu nivelul CM şi al cheltuielilor sanitare, cum sînt: numărul total al populaţiei, preponderenţa sexului feminin, a copiilor, vîrstnicilor şi pensionarilor (a marilor consumatori) în structura demografică, ca şi ponderea familiilor desmembrate, a celor cu venit mic, a navetiştilor şi a persoanelor fără ocupaţie ce măresc cheltuielile pentru sănătate din bugetul de stat şi/sau al asigurărilor sociale. In situaţii teritoriale cu ponderi mari a ruralului şi cu dispersie mare a sateler, CM e mic prin accesibilitate redusă la asistenţa medicală iar amplasarea în acestea chiar de puncte sanitare şi dispensare medicale cresc cheltuielile sanitare prin multitudinea unităţilor şi prin necesitatea funcţionării lor permanente. Familia rurală, cheltuieşte mai mult din bugetul propriu pentru asistenţă medicală faţă de familia urbană prin frecvenţa deplasărilor şi prin formele mai avansate de boală. Preponderenţa în teritoriu de mari şi dense centre populate urbane face să crească CM prin accesibilitatea la satisfacerea nevoilor de sănătate, urbanul consumînd cu 7o% mai mult ca ruralul. Nevoia de CM şi de cheltuieli pentru sănătate sînt de asemenea în relaţie directă cu nivelul natalităţii, mortalităţii generale şi infantile, a imigrărilor de populaţie (necuprinse obişnuit în calculul repartizării de resurse).

Pentrucă categoria socio-profesională include şi alţi factori (nivel de instruire, mediu de reşedinţă, comportamente etc) CM după această structură variază de la simplu (persoanele ocupate în sectorul primar) la dublu (persoanele ocupate în sectorul secundar şi terţiar ale economiei).

b) <u>Factorii sociali-economici</u>.

Sistemul de ocrotire a sănătăţii şi de finanţare a asistenţei medicale condiţionează repartiţia şi folosirea resurselor, volumul şi accesibilitatea asistenţei medicale. Gradul şi rata de dezvoltare economico-socială a teritoriului şi implicit nivelul de trai al populaţiei - au o relaţie directă cu nivelul CM şi a cheltuielilor pentru sănătate. Cu cît o colectivitate are un nivel de industrializare şi urbanizare mai mare cu atît posibilităţile din rata fondului de consum (social şi individual) a VN (PNB) şi din venitul familiei sînt mai mari. Cota de repartizare a resurselor materiale şi financiare pentru sănătate din fondul de consum social depinde nu numai de volumul acestuia şi de nevoile de sănătate ci şi de conceptul de ocrotire a sănătăţii adoptat de sistemul social-politic. Sistemul naţional de sănătate (din ţările socialiste) alocă importante volume de cheltuieli (directe şi indirecte) destinate sănătăţii, (promovării, apărării şi refacerii), şi în creştere concordantă cu VN,

prin obligaţiile constituţionale înfăptuieşte protecţia generală a sănătăţii şi asigură gratuitatea integrală a asistenţei medicale. Spre deosebire de celelalte sisteme de ocrotire a sănătăţii de pe glob, sistemul etatizat este mai economic pentrucă în asigurarea sănătăţii angajează toate sectoarele activităţii social-economice, instituie priorităţi pe etape, prin planuri globale evită risipa, asigură repartizarea teritorială a resurselor după nevoi şi poate exercita controlul cheltuielilor şi costurilor limitînd abuzul de consum medical şi farmaceutic. Din fondul de consum individual, familia alocă pentru sănătate cote variabile cu existenţa sau extinderea gratuităţii asistenţei medicale asigurată de stat şi/ sau de asigurările sociale.

Creşterea bunăstării generale şi individuale determină într-o primă etapă o creştere a consumului medical şi farmaceutic, apoi - după extinderea nivelului mediu şi superior de instrucţie generală şi sanitară - populaţia, aplicînd prevenirea bolii, raţionalizează consumul medical şi farmaceutic şi implicit cheltuielile pe care acestea la incumbă.

Pe de altă parte, industrializarea - asociată de urbanizare şi de aglomerare - prin lipsa de prevedere se însoţeşte de poluarea de orice fel (mai ales de cea chimică), de stress şi de rapide schimbări socio-profesionale care pot genera boli şi intoxicaţii acute şi mai ales cronice, traumatisme şi tulburări psihice datorită suprasolicitării sistemului nervos şi neadaptării lui la ritmul schimbărilor. Acestea cresc consumul medical şi farmaceutic şi cheltuielile pentru sănătate. După cum, în teritoriile cu dezvoltare medie şi avansată, creşterea VN(PNB) se poate asocia de abuzuri alimentare, de droguri şi de sedentarism, la persoanele neavizate de riscul lor, cu apariţia sau agravarea de boli cronice şi cu creşterea concomitentă a consumului medical şi a suprasolicitării de îngrijiri medicale supraspecializate cu costuri specifice mari ce cresc şi mai mult cheltuielile pentru sănătate din bugetul colectivităţii şi al familiei.

După opiniile unor specialişti[x] factorii demografici şi economico-sociali ar explica aproximativ 1/3 din solicitările de îngrijiri medicale.

c) <u>Nivelul şi structura morbidităţii populaţiei</u> ar constitui, în contextul teritorial al celorlalţi factori, grupul cel mai important ce are corelaţie directă cu nivelul CM şi CF, explicînd variaţiile acestora şi felul îngrijirilor medicale după boală, frecvenţa, distri-

---

x) P.Bonamour-La médicine dans le monde économique-EMU-Paris, 1974.

buţia sau sezonalitatea ei. Ca urmare, CM este cu atît mai mare cu cît sînt mai mari nivelele reale ale incidenţei, prevalenţei, gravităţii bolilor, ale duratei incapacităţii şi invalidităţii, ale frecvenţei infirmilor şi handicapaţilor, ale asocierii bolilor sau complicaţiilor la o persoană, cu cît tardivitatea prezentării la asistenţă medicală este mai mare. CM se realizează şi cu felul bolilor din tabloul morbidităţii explicînd tipul de acte medicale : preponderenţa bolilor şi intoxicaţiilor acute, a traumatismelor necesită nu numai promptitudine ci şi un mare consum de acte medicale, de examene de laborator şi de medicamente scumpe, iar preponderenţa sau extinderea bolilor cronice, favorizate de îmbătrînirea populaţiei, cresc cheltuielile sanitare prin consumul repetat şi îndelungat de examene clinice şi de laborator curente , de spitalizări şi medicamente ce participă cu cote mari în costul asistenţei medicale. Cheltuielile sanitare, în general şi costurile spi-

Tabel 98.- Morbiditatea, consumul medical şi farmaceutic, pierderi economice ipotetice pe grupe de vîrstă şi sexe x)

Specificare / Gr. vîrstă şi sexe	M + F				0-100 ani	
	0-100 ani	grupe de vîrstă				
		0-14	15-64	65+	M	F
1. Incid. Hep.virală - 1979 cazuri la 100000 loc.	304,0	674,4	189,4	52,3	313,7	294,5
2. Prevalenţa în Moldova cazuri la 100 loc. 1983	58,5	11,4	69,9	161,4	39,2	75,8
3. Mortalit. RSR - 1982 decese la 1000 loc.	10,0	2,5	4,6	63,5	10,6	9,4
4. Nr. consultaţii /an/pers.	6,2	5,5	5,6	8,6	5,8	6,4
5. Nr. tratam./an/pers.	4,1	3,8	3,5	5,8	3,9	4,5
6. Nr. investigaţii/an/pers.	1,1	0,4	1,2	1,4	1,0	1,3
7. Nr. spitalizări - RSR 1981 - la 100 loc.	18,2	13,8	20,3	16,3	15,9	20,3
8. Consum medicam/pers/an buget stat+fam., lei	199	138	188	280	170	222
9. Pierderi economice ipotetice/1accid.rutier mortal-mii lei	1177	3115	1610	47	1363	827

x) Sursa: 1) Aspecte epidemiologice ale bolilor inf.parazit.în RSR-CCSS, 1980;
2) Anchetă de prevalenţă pe un eşantion de 0,22% din populaţie - 1983;
3) Anuar statistic al RSR - 1983; 4-6 şi 8) Consum de asist.med.în trei judeţe din RSR în 1976-CCSS, 1976; 7) Morbidit.spitaliz.în România 1980-1981-CCSS, 1982; 9) Consecinţele medico-sociale ale accidentului rutier - CCSS, 1983.

Scanned with OKEN Scanner

talizării, în special sînt crescute cînd ponderea bolnavilor ce necesită îngrijiri personale (copii, bătrîni, gravi, infirmi, handicapaţi) este mare.

Fig.87 - Consumul de consultaţii, tratamente şi medicamente pentru 1 loc./an 1977 x)

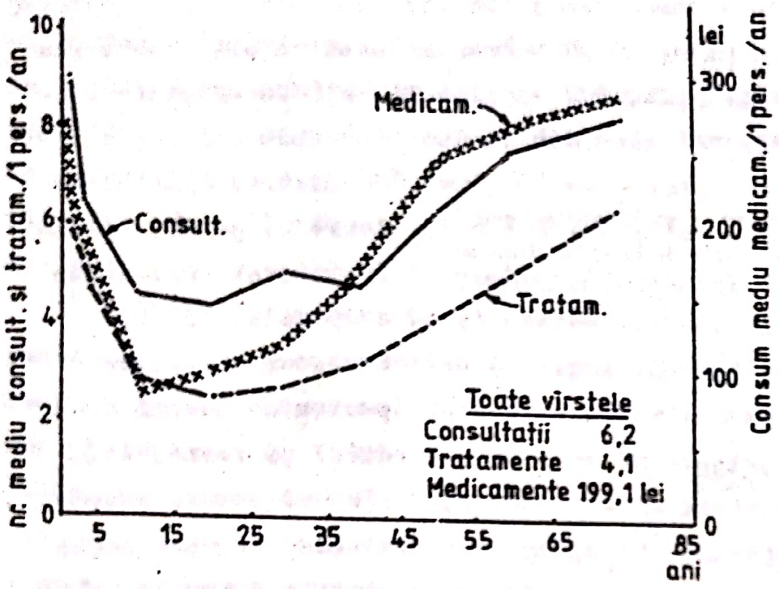
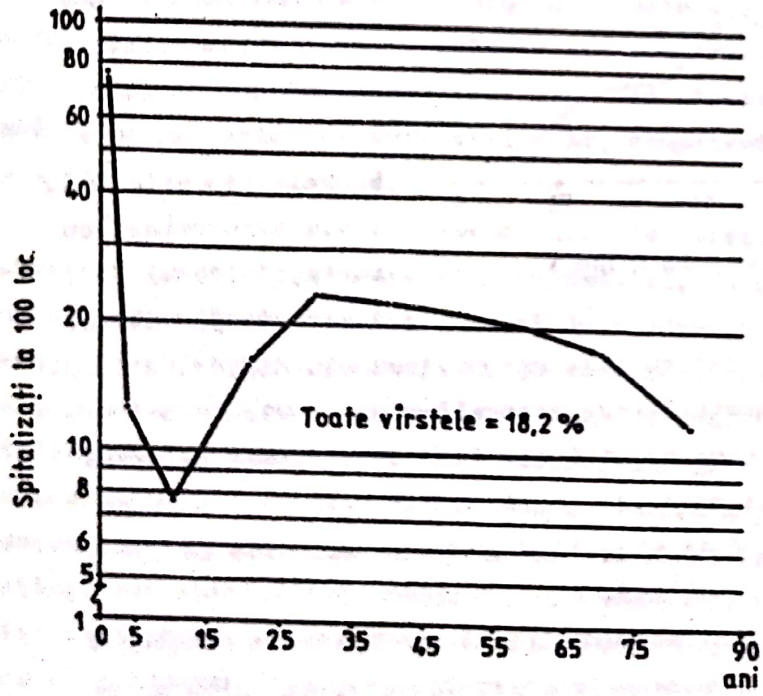


Fig.88.- SPITALIZARI PE GRUPE DE VIRSTA RS.ROMANIA - 1981 xx)



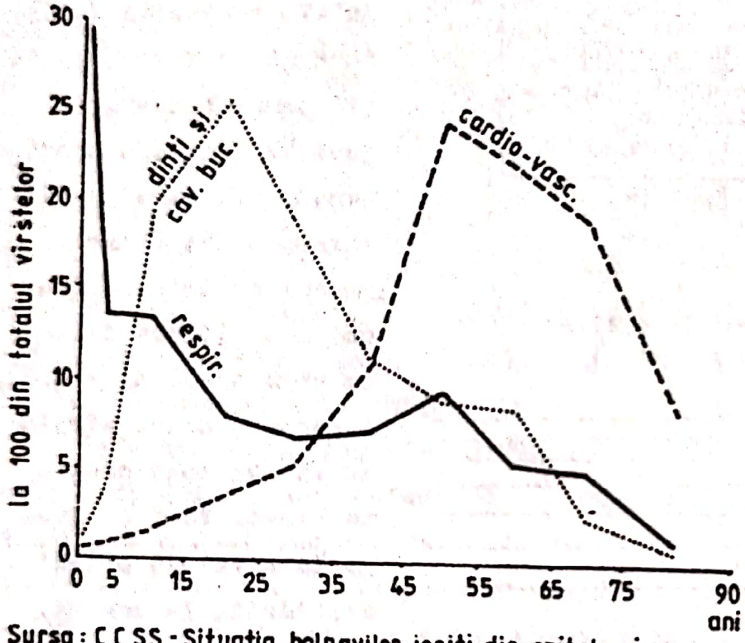
Nivelul şi ponderea bolilor acute şi cronice în tabloul morbidităţii sînt condiţionate nu numai de prezenţa şi agresivitatea factorilor de risc ci şi de structura pe grupe de vîrstă şi sex a populaţiei, acestea constituind principalele variabile de diferenţiere a morbidităţii populaţiilor. In general, incidenţa avînd nivele mai mari cu cît vîrsta e mai tînără (riscul de îmbolnăvire cel mai ridicat fiind în primii ani de viaţă), descreşte către vîrsta de 15 ani apoi creşte cu vîrsta fără a ajunge la nivelele primei copilării. In schimb, prevalenţa şi numărul bolilor asociate cresc odată cu vîrsta. Ca urmare, consumul medical (consultaţiile, tratamentele, examenele de laborator, spitalizările) şi consumul de medicamente vor diferi cu preponderenţe în populaţie a copiilor

x) Consum de asist.med.în trei judeţe din RSR în 1976-CCSS, 1976
xx) Morbid.spitaliz.în România, 1980-1981, CCSS, 1982

și mai ales a vîrstnicilor (tabel 98, fig.87 și 88). Din calculele făcute rezultă că un copil mic are în medie un consum medico-farmaceutic de 3 ori mai mare, iar un bătrîn de 5-6 ori mai mare ca un adolescent, acest supraconsum medical și financiar la vîrstele marginale fiind și mai mare în situații de asistență medicală la domiciliu și la persoane cu boli asociate.

Structura pe vîrste a populației și a conținutului în boli acute sau cronice din tabloul morbidității (fig.89) explică și rata de creștere continuă a cheltuielilor sanitare mai ales din teritoriile unde populația are o asigurare satisfăcătoare cu paturi spitalicești și gratuitate a spitalizărilor. Explicații similare pentru un consum medical și farmaceutic sînt și pentru absenteismul din producția socială datorită bolii în situațiile întreprinderilor ce au ponderi mai mari de persoane peste vîrsta de 4o ani sau de femei, ce au nivel dublu a prevalenței prin boli cronice în raport cu bărbații (tabel 98). După cum, pierderile economice ale colectivității sînt cu atît mai mari cu cît accidentele rutiere mortale (tabel 98) și mortalitatea generală sînt la vîrste mai tinere. Astfel, de exemplu, în țara noastră nivelul mortalității primului an de viață este de 54 ori mai mare în raport cu mortalitatea la grupa lo-14 ani iar nivelul mortalității vîrstelor peste 75 ani este de 23o ori mai mare ca cel al vîrstelor lo-14 ani.

Fig. 89 - Structura pe grupe de vîrstă a spitalizaților prin boli respiratorii, cardio-vasculare și boli de dinți în România - 1978 (eșantion 5,3 % din spitalizați)



Sursa: C C SS - Situația bolnavilor ieșiți din spitale și sanatorii în 1978

In aprecierea contribuției morbidității la volumul sau creșterea CM trebuie avută în vedere și intervenția altor factori, cum sînt accesibilitatea și adresabilitatea la asistență medicală ce pot da - la prima vedere - aspecte paradoxale, și anume: supramortalitate /CM redus din rural, supramorbiditate/CM ridicat din urban, creșterea morbidității

(înregistrate) şi a CM după organizarea de noi unităţi sau secţiuni medicale etc.

d) Gradul de echipare a colectivităţii cu unităţi medicale

Se referă la tipul, capacitatea şi structura serviciilor medicale, la modul lor de amplasare în teritoriu, la dotarea lor cu utilaje, aparate şi instrumente generale şi medicale, la destinaţia corespunzătoare nevoilor de sănătate, la modul şi gradul lor de folosire. Mai mult ca oricare bază materială pentru activităţi productive, cea pentru asistenţă medicală - prin condiţiile ce le necesită omul bolnav - este mai costisitoare atît la înfiinţare cît şi în funcţionare (de ex. valoarea investiţiei monetare a unui nou spital este egală cu suma cheltuielilor de funcţionare pe 3-5 ani).

Într-un teritoriu, CM şi cheltuielile sanitare sînt în relaţie directă cu numărul, capacitatea şi tipul unităţilor sanitare. Dintre acestea, policlinicile şi mai ales dispensarele sînt preferabile în executarea programelor de reducere a bolilor în populaţie pentrucă - deşi sînt necesare multe asemenea unităţi într-o arie teritorială - ele rezolvă ponderea cea mai mare din nevoile de sănătate, îngrijirile medicale ambulatorii sînt cele mai aproape de populaţie şi au costurile specifice cele mai mici, consumă puţin din bugetul sanitar pentru noi construcţii sau funcţionare. În schimb, spitalele - unităţi costisitoare dar de neînlocuit pentru aportul lor tehnic în asistenţa medicală - devin mai costisitoare cînd au capacitate prea mică (sub 300 paturi) sau prea mare (peste 800 paturi), cînd sînt prea dispersate în teritoriu sau cînd structurile spitalelor din zonă nu sînt armonizate după atribuţii, competenţe şi în raport cu nevoile de sănătate ale populaţiei.

CM şi cheltuielile sanitare sînt în relaţie directă cu gradul de dotare cu aparatură şi instrumentar medical, cu paralelismul (dispersia) aparatelor medicale costisitoare şi de randament în aceeaşi unitate medicală şi cu prescrierea nejustificată a analizelor de laborator. Exigenţa continuă pentru calitatea asistenţei medicale a dus uneori la achiziţionarea de tehnologii scumpe, utile, dar folosite nu la randamentul pentru care au fost create, ceea ce a crescut mai mult costurile asistenţei specializate. Trebuie avut în vedere că însăşi crearea de noi unităţi sau specialităţi medicale, introducerea de noi aparate sau tehnici de diagnostic sau tratament, inclusiv creşterea numărului de cadre şi aplicarea de noi programe sanitare de depistare sau reducere a bolii fac să crească CM şi cheltuielile sanitare.

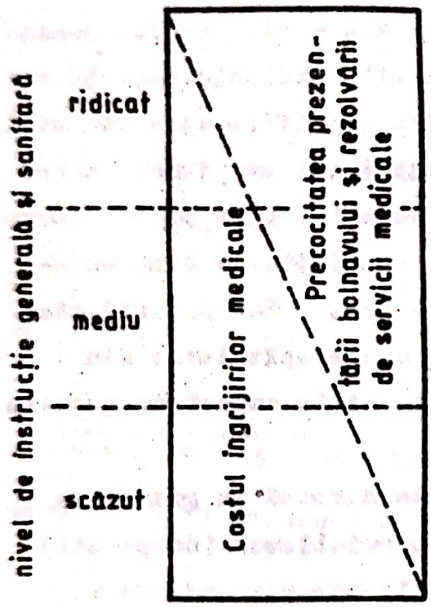
Din contra folosirea corectă a circuitelor funcţionale proiectate evită infecţiile interioare şi implicit creşterea CM şi a costu-

riler . Aceleaşi efecte favorabile au şi spitalizările la domiciliu, practica spitalului de zi sau de noapte, sau folosirea medicinei tradiţionale avizată şi supravegheată ştiinţific.

e) <u>Gradul de instructie generală şi de instrucţie sanitară</u>

In general, acestea se corelează direct cu nivelul CM şi al cheltuielilor sanitare. In raport de obiceiurile şi tradiţiile locale şi familiale, ele determină un comportament pozitiv faţă de prevenirea şi îngrijirea bolii şi de încredere în serviciile medicale, ce conduce la creşterea CM. Trecerea la nivel mediu şi superior de instrucţie determină - într-o primă fază - creşterea CM şi CF prin creşterea adresabilităţii şi a cererii de îngrijiri medicale mai ales a celor specializate. Faţă de alţi factori, creşterea nivelului de instrucţie generală şi sanitară determină în cea mai mare măsură nivele ridicate a consumului de medicamente. Intr-o fază următoare, creşterea acestor instrucţii determină o mai corectă triere a cererilor şi un mai mare apel la mijloace de apărare faţă de boală, de raţionalizare a CM şi CF şi de recurgere la autoîngrijiri şi automedicaţii adecvate. Coexistenţa în populaţie a acestor aspecte explică, în parte, nivelele diferite ale CM: între centrul industrial şi cel agrar, între nivel superior şi cel inferior de instrucţie, între vîrste tinere şi vîrste avansate.

Schema 34 - Relaţia dintre cost-precocitate prezentări la asistenţa medicală şi nivelul de instrucţie generală şi sanitară a bolnavului



Creşterea instrucţiei generale şi sanitare are dublu efect favorabil pentru individ şi colectivitate: instrucţia şi atitudinea avizată a individului faţă de boală realizează prezentarea şi rezolvarea precoce a bolii şi, ca urmare, reducerea costului îngrijirilor medicale, a cheltuielilor din bugetul familial şi al societăţii şi a CM (schema 34).

f) <u>Reglementările privind acordarea asistenţei medicale</u>

Ele determină reducerea sau creşterea CM şi CF în raport de cum creează constrîngeri sau deschideri în accesibilitatea la asistenţă medicală. Astfel, programe de funcţionare parţială (zilnică, săptămînală) sau restrîngerea capacităţii la unităţile sanitare reduc CM iar obligarea populaţiei la examene medicale profilactice (clinice şi de laborator)

Scanned with OKEN Scanner

la vaccinări etc. cresc CM. Existenţa şi gradul de extindere a gratuităţii asistenţei medicale (cu plata din bugetul statului sau a Caselor de asigurări sociale) oferă posibilităţi de supraconsum medical şi farmaceutic.

Insăşi nivelele mai mari sau creşterea continuă a resurselor pentru asistenţa medicală, a volumului - diversificării şi tehnicizării îngrijirilor medicale induc noi cereri din partea populaţiei sau la noi prescrieri medicale, ceea ce duce la creşterea CM. Acelaşi efect îl are şi necunoaşterea - de către medici şi populaţie - a costurilor îngrijirilor medicale sau a medicamentelor ce se suportă din bugetul colectivităţii.

Existenţa planurilor globale de sănătate în sistemele naţionale de s sănătate, prin priorităţile ce le instituie şi cu renunţarea la acţiunile necesenţiale, asigură raţionalizarea CM şi a cheltuielilor sanitare. In general, sistemul etatizat de asistenţă medicală este mai economic pentrucă instituie priorităţi în rezolvarea nevoilor de sănătate, pentrucă poate asigura controlul folosirii resurselor financiare cu evitarea risipei şi limitarea abuzurilor.

g) <u>Dezvoltarea ştiinţifică şi tehnică generală şi medicală</u>

Introducerea progresului tehnic şi ştiinţific în ocrotirea sănătăţii, prin dotarea cu aparatură, instrumente şi medicamente de noi performanţe şi implicit specializarea cadrelor cresc CM şi cheltuielile sanitare, mai ales cînd sînt aplicate în unităţile sanitare de refacere a sănătăţii.

Presiunea în favoarea ameliorării continui a calităţii care - în ultimă instanţă - se rezumă la achiziţionarea celor mai recente tehnologii produce creşterea costurilpr îngrijirilor medicale supraspecializate pentru un număr restrîns de bolnavi (transplant de organe, dializă renală, stimulatori cardiaci etc).

Deşi introducerea progresului tehnic şi ştiinţific în medicină asigură în final ameliorarea sănătăţii chiar în condiţiile creşterii cheltuielilor şi costurilor, unii specialişti apreciază că acest progres determină „prelungirea vieţii prin prelungirea bolii şi fabrică cronici şi handicapaţi", fenomen ce încă nu s-a extins la toate bolile.

Tehnologizarea diagnosticului şi tratamentului, deşi scurtează durata investigaţiei şi asigură creşterea preciziei, prin numărul de persoane la care se aplică conduce la creşterea CM şi a cheltuielilor. Absenţa conceptului de calitate - cu multiplele sale dimensiuni - la producătorii de îngrijiri medicale (utilitate, accesibilitate, cost, confortul beneficiarului, existenţa criteriilor de calitate) face să crească CM şi CF.

Avantajul cel mai însemnat pentru individ şi beneficiul cel mai mare pentru colectivitate sînt obţinute cînd tehnici şi tehnologii cu performanţe superioare sînt aplicabile în masă şi în scop profilactic (pentru evitarea bolii sau în depistarea mai precoce a stărilor patologice.

b) Comportamentul cadrelor medicale faţă de populaţie

Atitudinea plină de solicitudine a personalului pentru rezolvarea problemei de sănătate, conduita etică în relaţie cu bolnavul, familia sau grupul, insistenţa cadrelor medicale ca populaţia să execute îngrijirile medicale ce protejează sănătatea, climatul corect de lucru din unităţile sanitare ş.a. favorizează consumul medical şi farmaceutic. Alte moduri de comportare determină populaţia să ocolească asemenea unităţi sanitare, ceea ce conduce la consum medical şi farmaceutic scăzut.

7.1.2. 5. - Eficienta serviciilor medicale

Rezolvarea sănătăţii presupune nu numai alocarea resurselor şi activităţi de transformarea lor, ci şi obţinerea anumitor rezultate. Aprecierea acestora din activitatea medicală curentă, pentru acţiuni trecute sau viitoare ori a cotei de participare a sistemului sanitar la dezvoltarea socio-economică teritorială se poate face prin măsurarea şi compararea efectelor obţinute şi a cantităţii eforturilor (umane, materiale şi financiare) depuse.

In acest scop, în practică se foloseşte de la simpla cunoaştere a efectelor serviciilor medicale, a avantajelor, pierderilor ori inconvenientelor, la aprecierea eficacităţii sau la determinarea sau compararea costurilor pînă la tehnici mai specializate, cum sînt, analiza cost - avantaj, analiza cost-eficacitate etc.

1. Despre efectele activităţilor medicale şi modul lor de determinare

Efectele activităţilor medico-sanitare asupra individului sau grupului sînt multiple, variabile ca feluri şi ca apariţie în timp după aplicarea îngrijirilor medicale, variabile ca intensitate sau ca durată. O altă particularitate pentru sectorul sanitar constă că cea mai mare parte din efectele îngrijirilor medicale nu sînt cuantificabile şi nu pot fi exprimate valoric. Ele pot fi grupate în: medicale, sociale şi economice. Primele două categorii sînt efecte directe şi nu se exprimă valoric, iar efectele economice sînt efecte indirecte şi se exprimă valoric.

Efectele medicale se referă la protecţia şi refacerea sănătăţii în-

dividuale şi constau din evitarea îmbolnăvirii, agravării sau decesului prematur, din refacerea totală sau parţială a sănătăţii şi capacităţii, din prelungirea duratei vieţii şi a perioadei active a acesteia etc. Unele din aceste efecte medicale nu se însoţesc şi de efecte economice, cum este CM la vîrstnici, irecuperabili etc.

Efectele sociale se referă la sănătatea colectivităţii şi se bazează pe efectele medicale de la fiecare individ. Ele rezultă după-activitatea medicală curentă şi mai ales după aplicarea acţiunilor preventive (vaccinări, supravegherea diferenţiată a sănătăţii vulnerabililor etc.). Aprecierea acestor efecte se face cu indicatori de morbiditate şi de mortalitate, urmăriţi în timp.

Efectele economice, ce se pot exprima valoric sau material şi care se pot referi atît la individ cît şi la grup, constau: din evitarea sau reducerea cheltuielilor (din bugetul de stat, de asigurări sociale şi familial) prin evitarea bolii(urmare a vaccinărilor etc) sau a agravării (urmare a depistării şi rezolvării precoce etc.), din producţia obţinută (fizică şi valorică) prin reducerea absenteismului datorat bolii sau traumatismelor etc.

Determinarea felului şi volumului efectelor medicale, sociale şi economice datorate îngrijirilor medicale se poate face atît pentru fiecare unitate sanitară cît şi pentru întregul sistem sanitar teritorial folosind:

- numărul cazurilor (noi, existente) de boală, numărul zilelor de spitalizare, numărul zilelor lucrătoare absentate de la şcoală sau din producţie etc. Acestea oferă - în valori absolute sau indicatori - scăderea sau creşterea îmbolnăvirilor, inclusiv a CM şi CF;

- avantajele sau pierderile ce le dau oscilaţiile formelor de morbiditate pentru colectivitate: scăderea (creşterea) volumului consumului medical şi farmaceutic, creşterea (scăderea) producţiei fizice ce rezultă din evoluţia absenteismului din producţie etc. Aceste efecte folosesc la aplicarea sau corectarea de acţiuni sanitare şi constituie elemente de bază pentru calculul efectelor economice;

- prezentarea în termeni monetari a avantajelor (a cîştigului, pierderilor evitate) la nivel individual, familial sau de colectivitate: prin introducerea vaccinării antirujeolice, prin tratamentul ambulator supravegheat medical ce înlocuieşte spitalizarea, prin spitalizări la domiciliu în unele forme de boală, prin reducerea cheltuielilor de concediu medical din fondurile asigurărilor sociale, prin contravalearea producţiei ce rezultă din evitarea sau reducerea absenteismului datorită bolii etc.

Scanned with OKEN Scanner

2 - Eficienţa economică în sectorul sanitar. Metode de determinare

Eficienţa economică, aplicabilă şi din ce în ce mai pretinsă în orice domeniu de activitate (inclusiv sectorului sanitar), este determinată de raportul dintre rezultatele cantitative şi calitative realizate (efectul util obţinut) şi cheltuielile de muncă vie şi materializată (efortul depus) pentru obţinerea efectului. Necesitînd efecte şi eforturi ce pot fi cuantificabile, măsurarea eficienţei economice în unităţile productive se poate face şi cu ajutorul diferenţei dintre rezultate şi cheltuieli. În esenţă, „cu cît efectul realizat pe unitate de cheltuială este mai mare sau invers, cu cît e mai mică cheltuiala ocazionată de producerea unui anumit efect util, cu atît eficienţa economică este mai ridicată"[x]. Ca urmare, în industrie se foloseşte curent: eficienţa economică a unei investiţii sau a fondurilor de producţie, iar în sectorul sanitar (în mod diferit de utilizarea termenului de eficacitate a unui medicament sau a unei vaccinări) a pătruns aprecierea: eficienţa economică a unei acţiuni sanitare (vaccinări antirugeolice etc.), a unui program de sănătate (de prevenire şi combatere a tuberculozei sau a bolilor cardio-vasculare etc), a unui tip de spital (sub 2oo paturi) sau a unui fel de îngrijire medicală (controlul medical periodic al expuşilor la risc) etc. Dar, în sectorul sanitar - spre deosebire de sectorul industrial - nu totdeauna se poate aprecia eficienţa economică, întrucît - deşi efortul are de regulă o expresie valorică sub forma costurilor - efectele obţinute nu totdeauna pot fi cuantificabile.

$$\text{eficienţă} = \frac{\text{efect util obţinut}}{\text{efort depus}} > 1$$

Aprecierea eficienţei prin economia de muncă, folosind - ca în industrie - noţiunea de productivitate (cantitate de produs/unitate de timp) nu este oriunde aplicabilă pentrucă în sectorul sanitar rezultatele muncii nu apar totdeauna ca produse sau exprimate în formă valorică. Mai important, la acest sector, este nu atît volumul activităţilor medicale ci efectul util societăţii, iar în realizarea acestui efect util de cea mai mare valoare este calitatea activităţilor medicale pentrucă ea însăşi angajează o economie de timp.

Măsurarea eficienţei asistenţei medicale, atît în ansamblul ei cît şi a fiecărei unităţi sau acţiuni, deşi încă întîmpină multiple dificultăţi (în parte menţionate mai sus) şi chiar dacă este făcută cu aproximări ea este mai utilă decît absenţa ei . La asemenea determinări se foloseşte:

---

x) Dicţionar de economie politică, Ed.pol. Bucureşti

a) <u>analiza cheltuielilor</u> - cu nivelele , evoluţia şi structura lor - ca efort depus - în relaţie cu rezultatele obţinute pentru o acţiune sau de o unitate medicală. O asemenea analiză oferă însă numai o imagine generală şi incompletă a consumului de resurse pentrucă cheltuiala înseamnă plata, semnifică mai mult stadiul de aprovizionare şi nu consumul efectiv în executarea unei activităţi medicale;

b) <u>analiza costului</u>, ca efort depus şi ca echivalent al unui consum efectiv de valori (materiale, mijloace fixe, forţă de muncă etc) se foloseşte prin:

- simpla cunoaştere a costului şi a ponderii elementelor componente (retribuţia personalului, medicamente şi materiale sanitare, hrana, întreţinere şi funcţionare) la aceeaşi unitate sanitară sau în comparaţie cu altele de acelaşi tip, la un fel de îngrijire medicală (consultaţie, tratament, spitalizare etc) în comparaţie cu unele similare de la alte unităţi sanitare etc.

- simplul calcul al diferenţei dintre costul vechi şi costul nou (după introducerea unei măsuri tehnico-organizatorice);

- nivelul costului în relaţie cu rezultatele cuantificabile ce s-au obţinut în sănătatea unui grup, urmare a unei acţiuni sau a unui program sanitar;

- aprecierea nivelului complet al costului pentru colectivitate sau familie al unei boli (al tuberculozei, al hipertensiunii arteriale, al bolii ulceroase etc.).

In calculul estimativ al costului bolii cu cîştiguri şi pierderi se cuprind următoarele elemente: costul mediul al depistării din ancheta medicală, costul primului ajutor, al asistenţei medicale ambulatorii (în dispensar, policlinică) şi spitaliceşti, al medicamentelor (din bugetul de stat şi al familiei), c.v.transportului cu autoambulanţa sau cu alte mijloace; la persoanele din producţia socială se adaugă şi echivalentul monetar al pierderilor în producţie datorită absenteismului, sumele plătite bolnavului de asigurările sociale ca îndemnizaţii de concediu medical; la handicapaţi datorită bolii se adaugă cheltuielile din bugetul sanitar, familial şi de asigurări sociale pentru întreţinere, tratamente şi însoţitor; la invalizi şi deces prematur se adaugă pierderile ipotetice (suma valorilor materiale şi a serviciilor ce le-ar fi produs) de pe parcursul restului vieţii.

Costul, prin exactitatea conţinutului său şi ca expresie a consumului efectiv de mijloace materiale şi de muncă vie, reprezintă în sectorul sanitar indicatorul de bază pentru aprecierea eficienţei.

c) Stabilirea avantajului în diferite stări de sănătate

Avantaj înseamnă cîştigul rezultat, economia realizată sau inconvenientul redus, exprimate în termeni monetari.

Stabilirea avantajului se poate realiza prin:

- economia rezultată prin aplicarea unei vaccinări sau a unei depistări precoce a bolii, economia obţinută la fondurile asigurărilor sociale prin reducerea îmbolnăvirilor cu concediu medical, producţia suplimentară rezultată din reducerea concediului medical etc. Acestea şi alte asemenea aspecte de avantaj cu ce sumă sau cotă au influenţat costul de producţie sau VN.;

- determinarea avantajelor sau inconvenientelor ce au rezultat în raport cu investiţia sau referindu-ne la cost:

. a unui program sanitar, cu exprimarea efectului economic în termeni monetari pentru o unitate cheltuită;

. a profilaxiei primare, secundare sau terţiare pentru o boală şi compararea acestora între ele;

. a diferitelor tipuri sau combinări de vaccinări, comparîndu-le între ele şi pe acestea cu situaţia fără aplicarea vaccinării;

. a unor scheme de tratament spitalicesc sau ambulator;

. a depistării şi rezolvării active şi precoce în raport cu rezolvarea bolnavului la prezentarea lui etc.

Deşi, dificil de apreciat, o sănătate mai bună e un avantaj nu numai individual şi social ci şi economic, atît ca efect direct cît şi ca efect „propagat" la alte sectoare.

d) aprecierea eficacităţii

In activitatea medicală, eficacitate înseamnă realizarea finală a obiectivului stabilit în protecţia sau refacerea sănătăţii: în administrarea unui vaccin, antibiotic sau chimioterapie, în aplicarea unei diete sau în schimbarea modului de viaţă. In asemenea exemple eficacitatea se măsoară cu cîte persoane din loo vaccinate sau tratate au capacitatea să evite îmbolnăvirea şi respectiv s-au vindecat. Spre deosebire de avantaj sau inconvenient redus (ce arată, de regulă - în termeni monetari cît cîştig aduce o anumită activitate sau acţiune medicală) termenul de eficacitate are sensul de realizare a scopului stabilit. Indiferent de forma de apreciere - unele unităţi sau îngrijiri medicale, medicamente sau vaccinuri sînt mai eficace ca altele.

Diferenţa dintre eficace şi eficienţă constă din: o activitate este eficace odată cu realizarea simplă a obiectivului stabilit şi este

eficientă cînd, în plus, s-a „consumat" (timp, resurse, bani) mai puţin faţă de elementul de comparabilitate acceptat pentru atingerea obiectivului. La criteriile de tip eficacitate, rezultatele pentru individ sau colectivitate se prezintă în termeni monetari şi, cînd nu e posibil, şi sub alte forme (nr.cazuri noi, decese, zile spitalizare, zile absentate din producţie datorită bolii etc. reduse prin acţiuni sau programe sanitare), în timp ce la criteriile de tip eficienţă rezultatele se exprimă în termeni monetari - fie sub forma muncii (eficienţă directă), fie sub forma aportului la VN prin reducerea noilor îmbolnăviri, a incapacităţii temporare de muncă (eficienţă indirectă). Criteriile de tip eficacitate, fiind specifice unui sector, permit o comparare mai firească şi mai adecvată a acţiunilor sanitare între ele, dar folosesc mai puţin la compararea cu cele din alte sectoare de activitate. Criteriile de tip eficienţă, fiind mai puţin specifice, pot folosi mai multor domenii de activitate, permiţînd fundamentarea alocării resurselor şi compararea acţiunilor sanitare cu cele din alte ramuri economice.

e) Metoda balanţelor

Această principală metodă de analiză a eficienţei economice pune în comparaţie, prin intermediul unui tabel cu „intrare-ieşire", două elemente ce constituie şi părţile metodei: resursele alocate (prima parte - „intrarea") şi efectele (a II-a parte - „ieşirea" din tabel). Un asemenea tabel „intrare-ieşire" arată cît trebuie la fiecare „intrare" în tabel pentru a produce o unitate la fiecare „ieşire". El permite să se calculeze efectele produse pentru o schimbare la „intrare" sau „intrarea" necesară pentru a obţine o cantitate de „ieşiri".

Există mai multe asemenea metode ce permit evaluarea diferitelor formule de asistenţă medicală şi anume: cost-avantaj, cost-eficacitate, cost-randament, cost-beneficiu etc. Primele două metode au început să fie folosite şi în sectorul sanitar pentru a selecta varianta optimală din mai multe variante calculate la o acţiune sau la un program sanitar. In fond, la fiecare din cele două metode se compară „intrările" (resursele pentru consum sub formă de costuri) cu „ieşirile", respectiv cu forma de prezentare a rezultatelor. Pe lîngă aceste elemente esenţiale, metoda COST-AVANTAJ şi metoda COST-EFICACITATE au următoarele asemănări şi deosebiri[x]:

- asemănări:

. ambele metode măsoară „intrările" în acelaşi fel, adică sub forma de costuri (în expresie bănească);

---

[x] Cahiers de Santé Publique nr.64 - OMS, Genève, 1976

. ambele se pot aplica (anticipat sau ca evaluare finală) la oricare activitate, acţiune sau program sanitar;

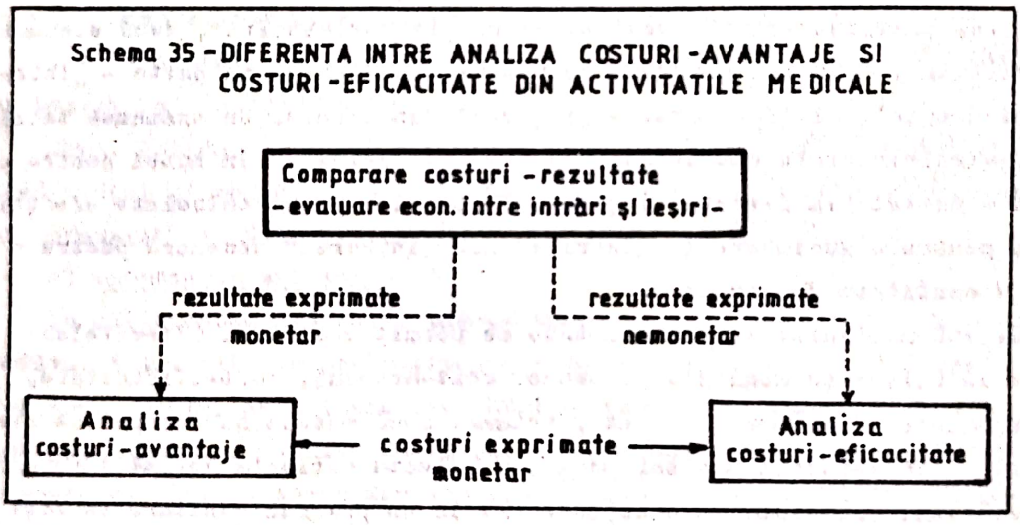
. ambele analize se pot face pe eşantion sau exhaustiv;

. ambele metode se pot desfăşura retrospectiv sau prospectiv (preferabil pentru calităţile metodei prospective). La acestea, momentul sau perioada începerii se notează cu zero, de unde să măsoară în continuare cu 1,2 ...5... lo etc. zile, luni, ani pînă la atingerea obiectivului stabilit.

- <u>deosebiri</u>:

. „ieşirile" diferenţiază în principal cele două metode: în timp ce la cost-avantaj tuturor rezultatelor de la un program sanitar aplicat (suma avantajelor directe, indirecte, avantaje economice secundare, inconveniente reduse etc.obţinute prin programul de reducere a frecvenţei unei boli) li se atribuie o valoare monetară (inclusiv la cele cu caracter social), la metoda cost-eficacitate, rezultatele (eficacitatea) se apreciază atît valoric cît şi prin criterii social-umanitare. La aceasta din urmă (la cost-eficacitate) obiectivul vizat e mai clar iar rezultatele se bazează pe realizarea lui (protecţia unui grup de copii contra unei boli

Schema 35 - DIFERENTA INTRE ANALIZA COSTURI-AVANTAJE SI COSTURI-EFICACITATE DIN ACTIVITATILE MEDICALE



prin aplicarea vaccinării), sau pe atingerea unui anumit nivel (performanţe) de protecţie a unui vaccin sau de vindecare a unui medicament, sau pe reducerea îmbolnăvirilor, a deceselor, a spitalizărilor consumate, ori a zilelor de i.t.m. evitate etc. şi, nu pe rezultate exprimate în termeni monetari (schema 35); în fiecare caz problema analizei este de a atinge obiectivul la costul cel mai mic;

. în practică, analiza cost-avantaj serveşte mai ales pentru a justifica o acţiune sau un program sanitar, iar analiza cost-eficacitate foloseşte în special pentru a cîntări diferitele tehnici sau metode de evitare sau reducere a frecvenţei unei boli.

In ultimă instanţă o asemenea metodă de evaluare în balanţă a intrărilor şi ieşirilor, respectiv a costului-avantaj (eficacitate), constă în a stabili - din mai multe variante - formula cu cel mai mare avantaj (respectiv cea mai eficace) dintre formulele cu acelaş cost sau formula cea mai puţin costisitoare dintre cele la fel de avantajoase (eficace).

Deci, în stabilirea unei acţiuni sanitare este necesar să se ţină cont nu separat de avantaj (eficacitate) şi separat de costuri - de care se uită deseori - ci de ceea ce a reieşit din analiza lor împreună. Obligaţia e impusă prin esenţa metodei, întrucît de ex.: o tehnică medicală mai eficace nu mai poate oferi economii ci avantaje mai multe la cheltuielile făcute, după cum costurile unitare prea mari ale investigaţiilor specializate reduc avantajele tehnicilor simple necesare la un mare număr de persoane.

In aplicarea analizei cost-avantaj a unui program de reducere a îmbolnăvirilor la o întreprindere se pot folosi următoarele elemente şi notaţii[x]:

Av = economia (avantajul) realizată în termeni monetari;

Cp = cheltuieli prin măsuri şi activităţi preventive;

Ct = cheltuieli pentru activităţi curative şi de recuperare din disp., policl., spit. (consult, trat.ex.lab., medicam., spitalizări);

P = valoarea prejudiciului economic produs prin cazurile de boală (îndemniz.de concediu medical + pensii de invaliditate + valoarea producţiei nerealizate pe durata bolii);

Pe = valoarea prejudiciului economic evitat prin numărul mai mic de cazuri de boală în perioada analizată faţă de o perioadă similară anterioară (îndemniz., conced.med. + pensie invalid. + valoarea activităţilor medicale ce s-ar fi consumat).

R = retribuţia personalului muncitor pe durata i.t.m.

Nu s-au luat în calcul efectele economice familiale. Avantajul (economia realizată) se poate calcula:

- ca diferenţă dintre prejudiciul evitat prin aplicarea programului şi prejudiciul produs prin boală:

$$Av = Pe + R - (Cp + Ct + P)$$

- şi/sau ca raport dintre economia realizată şi cheltuieli, obţinînd efectul economic pe unitate monetară cheltuită (C):

$$Av/C = \frac{Av}{Cp + Ct + P}$$

x) Adaptare după I.Lupaş şi M.Irimia - Economia sanitară, IMF Buc.,1979,p.42

Rezultatele aplicării acestei metode de analiză arată, în termeni monetari, avantajul ca diferenţă sau ca raport dintre economia obţinută şi cheltuiala făcută. Aceste rezultate pot fi comparate, pentru opţiune, cu cele ale unui alt program.

In exemplificarea folosirii metodei de analiză cost-eficacitate prezentăm rezultatele la două scheme aplicate în tratamentul ambulator al tuberculozei pulmonare [x]:

- schema 1 - RMP 900 mgr + EMB 40 mgr/kg corp în formula 2/7;
  - cost 22.900 lei/1o bolnavi/lună;
  - se aplică 6 luni;
  - eficacitate: după 6 luni de tratament s-a obţinut negativarea BK la 85% din culturi.
- schema 2 - ETM 1 gr + CS 1 gr + PZM 2,5 în formula 7/7
  - cost 35.200 lei/1o bolnavi/lună;
  - se aplică 6 luni;
  - eficacitate: după 6 luni de tratament s-a obţinut negativarea BK la 40-50% din culturi.

Dintre cele două scheme de tratament ambulator prima e mai eficientă, atît medical cît şi economic; la costuri mai reduse, cu un tratament 2 şi nu 7 zile pe săptămînă are şi o proporţie mai mare de rezolvări a tuberculozei pulmonare contagioase .

7.1.2.6 - Controlul CM şi a cheltuielilor pentru sănătate

Stăpînirea CM şi cheltuielilor sanitare comportă aplicarea exigenţelor eficienţei, a reglementărilor generale şi financiare în orice activitate şi acţiune medicală, dublate permanent de un raţionament umanitar.

1 - Căi de obţinere a eficienţei în serviciile şi activităţile medicale

In obţinerea eficienţei este necesară o gîndire şi o atitudine economică plecînd de la cunoaşterea nevoilor pentru sănătate şi pînă la asigurarea consumului medical şi a cheltuielilor necesare, cu abordarea adecvată în practică a următoarelor căi:

a) Cunoaşterea permanentă a modului de folosire a resurselor, a efectelor şi eficienţei activităţilor şi unităţilor medicale.

Acestea presupun cunoaşterea oportunităţii şi gradului de folosire a serviciilor medicale şi a capacităţii lor, a aparaturii şi cadrelor medi-

x) C.Anastasatu - Terapia tuberculozei pulmonare, Buc., Ed.Medicală, p.367 citat de I.Lupaş şi M.Irimia.

cale, a alocaţiilor bugetare, a acţiunilor şi programelor sanitare. Pe lîngă acestea este necesară cunoaşterea cheltuielilor şi costurilor unităţii cu structura lor pe subunităţi şi pe feluri de acte medicale, pe naturi şi feluri de cheltuieli pentru informarea „producătorului de îngrijiri medicale" şi obţinerii eficienţei. In acest scop, accentul se pune atît pe reducerea costurilor cît mai ales pe creşterea avantajului şi eficacităţii operînd prin calitatea şi economia de timp a actelor medicale. In sectorul sanitar pot fi folosite următoarele căi de reducere a costurilor: creşterea productivităţii muncii cu reducerea cheltuielilor pe act medical şi a cheltuielilor indirecte, îmbunătăţirea folosirii clădirilor, utilajelor şi aparaturii, micşorarea consumurilor specifice şi evitarea cheltuielilor neoportune.

b) <u>Introducerea criteriilor de calitate</u>

Introducerea şi creşterea continuă a calităţii în sectorul medical sînt motivate de prioritatea ce se acordă sănătăţii de către individ şi conducerea colectivităţii, de ponderea ce o are retribuţia celor ce realizează calitatea în costurile actelor medicale, de rolul calităţii în realizarea eficienţei şi în asigurarea progresului medical.

Pentrucă conceptul de calitate în asigurarea sănătăţii are multiple dimensiuni, necesită ca în practică să i se găsească căile şi criteriile de obţinere, mijloacele de aplicare şi de evaluare. Acestea se referă la:

- accesibilitatea tuturor la îngrijirile medicale de care au nevoie (apropierea unităţilor medicale, gratuitate, program continuu de funcţionare, tehnicitate şi solicitudine din partea cadrelor medicale);
- utilitatea şi eficacitatea actelor şi programelor sanitare (pentru individ şi colectivitate);
- evitarea erorilor medicale (de diagnostic, de prescriere a medicamentelor, în stabilirea tratamentului, ce ţin de aparatură sau tehnici etc);
- aplicarea conceptului profilactic: în asigurarea sănătăţii populaţiei (a profilaxiei primare de către sectoarele nemedicale) şi în activitatea de asistenţă medicală (depistarea, rezolvarea şi recuperarea precoce medico-socială de către serviciile medicale);
- dirijarea asistenţei medicale către formele şi unităţile ambulatorii (mai accesibile şi mai puţin costisitoare);
- asigurarea continuităţii în supravegherea şi rezolvarea diferenţiată a vulnerabililor prin acelaşi serviciu (cadru) medical;
- dotarea serviciilor şi tehnicizarea cadrelor medicale întîi conform cu nevoile elementare de sănătate ale populaţiei şi cu competenţele stabilite unităţilor sanitare;

- retreinformarea „producătorului" şi „consumatorului" de îngrijiri medicale privind costurile, consumul, resursele limitate, căi de asigurarea nevoilor şi a calităţii asistenţei medicale;

- stabilirea criteriilor de calitate pentru fiecare serviciu medical.

Pentru că ameliorarea calităţii antrenează economii şi evită risipa, cadrelor medico-sanitare să li se pretindă asigurarea calităţii înaintea cantităţii iar rata mai mare de progres în sănătatea populaţiei trebuie să se bazeze mai mult pe calitatea activităţilor medicale decît pe rata de creştere a bugetului sanitar. Calitatea actelor medicale nu e şi cea mai scumpă, e sinonimă cu evitarea bolii, agravării şi risipei;

c) <u>Informarea şi educarea populaţiei</u> (a beneficiarului).

Pentru că „producţia" de îngrijiri medicale şi resursele ce le necesită sînt totdeauna limitate şi pentru ca acestea să asigure un minim pentru toţi şi să rezolve principalele probleme de sănătate, din partea populaţiei sînt necesare:

- o atitudine economică (consum raţional şi evitarea risipei) şi profilactică (evitarea îmbolnăvirii sau agravării);

- participarea efectivă la stabilirea priorităţilor de acţiuni medicale în cadrul resurselor alocate şi la realizarea bazei simple de protecţie a sănătăţii individuale şi colective.

Serviciile medicale să asigure formarea unei opinii avizate şi angajante a populaţiei pentru a contribui (practic şi financiar) la rezolvarea problemelor sale de sănătate.

d) <u>Orientarea resurselor şi cheltuielilor pentru sănătate către acţiuni şi unităţi medico-sanitare eficiente</u>, şi anume către:

- acţiuni preventive (dezvoltarea factorilor sanogeni, depistarea şi rezolvarea factorilor de risc, depistarea şi rezolvarea precoce a bolii - agravării - complicaţiilor şi asociaţiilor, dezvoltarea vaccinărilor - dispensarizării vulnerabililor şi educaţiei sanitare);

- asigurarea îngrijirilor primare de sănătate şi de asistenţă medicală pentru toţi;

- unităţi şi forme ambulatorii de asistenţă medicală (dispensare, policlinici, asistenţă medicală în familii şi colectivităţi) şi apoi unităţi spitaliceşti armonizate în cadrul sistemului sanitar teritorial şi cu nevoile de asistenţă medicală specializată ale populaţiei.

Cu informarea permanentă „în retur" pentru adaptarea unei atitudini economice.

e) <u>Dezvoltarea cercetărilor de economie sanitară, care să vizeze</u>:

- cunoaşterea costurilor (a nivelurilor, structurilor şi cauzelor acestora), a eficienţei diferitelor forme şi feluri de asistenţă medicală,

a diferitelor tipuri şi capacităţi de unităţi sanitare sau a diferitelor modalităţi de depistare şi de rezolvare a cazurilor;

- cunoaşterea opiniei populaţiei (beneficiarului) asupra modului de rezolvare a nevoilor de sănătate în cadrul resurselor alocate, asupra CM raţional şi evitării risipei;

- stabilirea consecinţelor economice ce le dau diferite nivele ale bolilor mai frecvente în populaţie ;

- stabilirea ponderii de participare a diferitelor sectoare ale activităţii social-economice la sănătatea populaţiei şi a rezervelor acestora;

- stabilirea avantajului adus colectivităţii de diferite forme de asistenţă medicală şi a cotei cu care sănătatea participă la VN etc.

7.1.2.6.2 - Cunoaşterea şi respectarea metodologiei elementare de lucru, a reglementărilor şi obligaţiilor de bază din domeniul financiar de către şefii serviciilor medicale

In asigurarea asistenţei medicale este necesară nu numai tehnicitate profesională, obţinerea eficienţei în activitate ci şi însuşirea metodologiei elementare de lucru şi a principalelor reglementări din domeniul financiar şi de contabilitate.

Clasificaţia bugetară pentru unităţile sanitare

Pentru cunoaşterea nevoilor şi pentru asigurarea resurselor financiare necesare activităţilor fiecărei unităţi (întreprinderi, instituţii) cît şi pentru urmărirea continuă a consumului acestora conform cu reglementările şi cu destinaţia aprobată, veniturile şi cheltuielile sînt grupate după ordinea stabilită de clasificaţia indicatorilor financiari[x)] cuprinşi în sistemul planurilor financiare (clasificaţia veniturilor şi cheltuielilor bugetului de stat). Această clasificaţie grupează veniturile şi cheltuielile unităţilor pe grupe de activităţi sau ramuri economico-sociale (cadrul general al clasificaţiei bugetare) şi separat după natura cheltuielilor (cadrul comun al clasificaţiei bugetare).

1 - Clasificaţia pe grupe de activităţi (ramuri) economico-sociale (cadrul general al clasificaţiei bugetare) atribuie grupe de coduri separat pentru venituri şi separat pentru cheltuieli.

a) La venituri, sectorului sanitar îi sînt rezervate la codul 2o (veniturile instituţiilor de stat) următorii indicatori de la cod 2o.1.o4: taxe de spitalizare, analize, consultaţii, tratamente, înregistrări medicamente, proteze;

b) La cheltuieli, unităţile sanitare se încadrează la partea II (cheltuieli pentru finanţarea acţiunilor social-culturale), cap.78 (cheltuieli pentru sănătate) ce cuprinde subcapitole, fiecare din ele destinate

x) aprobate prin ordin Min.Finanţe nr.31o/1 dec.1984.

unităţilor de acelaşi fel:

78.1 - Cheltuieli pentru sănătate de la buget

78.1.o1 - Dispensare medicale din mediul rural;

o2 - Dispensare medicale din mediul urban

o3 - Spitale rurale

o4 - Spitale urbane şi clinici

o5 - Sanatorii, preventorii şi disp.cu staţionar TBC

o6 - Creşe

o7 - Leagăne de copii

o8 - Unităţi şi acţiuni balneoclimaterice

o9 - Centre de recoltare şi conservare a sîngelui

1o - Staţii de salvare

78.1.3o - Alte instituţii şi acţiuni sanitare

78.2 - Cheltuieli pentru sănătate din veniturile proprii ale instituţiilor sanitare;

78.3 - Cheltuieli pentru sănătate din veniturile proprii ale organizaţiilor obşteşti şi beneficiile unităţilor economice subordonate.

78.7 - Cheltuieli pentru sănătate din fondul pentru acţiuni sociale.

2 - Cadrul comun al clasificaţiei bugetare (acelaşi pentru toate unităţile sanitare) grupează cheltuielile pe categorii, după destinaţia lor, cuprinse în 3o articole bugetare repartizate pentru dezvoltare şi pentru funcţionare.

In cheltuielile de dezvoltare sînt cuprinse:

- art.1o - cheltuieli pentru investiţii;
- art.11 - cheltuieli pentru finanţarea mijloacelor circulante;
- art.13 - alte cheltuieli de dezvoltare.

In cheltuielile de funcţionare se cuprind articolele (cu alineatele lor):

- art.15 - cheltuieli cu retribuţia personalului;
- art.16 - impozitul pe fondul total de retribuire;
- art.17 - contribuţii pentru asigurările sociale;
- art.18 - drepturi cu caracter social (manuale şi rechizite şcolare, transportul bolnavilor şi ocrotiţilor sociali, drepturile pentru donatorii de sînge, trimiteri copii bolnavi la tratament balnear ş.a.);
- art.19 - deplasări, detaşări şi transferuri;
- art.2o - hrana (pentru spitalizaţi, pentru animale de tracţiune şi de cercetare ştiinţifică);

- art.21 - burse
- art.22[x)] - medicamente şi materiale sanitare (inclusiv produse tehnico-medicale consumabile, filme radiologice, produse biologice pentru acţiunile profilactice - seruri, vaccinuri etc. - materiale sanitare pentru cabinetul stomatologic);
- art.23 - cheltuieli de întreţinere şi gospodărire (încălzit, iluminat şi forţă motrice; poştă, telefon, telex, radio, televizor; furnituri de lucru; abonamente la publicaţii, buletine oficiale, colecţii de acte normative, standarde; materiale pentru întreţinere şi gospodărire - inclusiv cele pentru DDD - ; cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijloacelor de transport; contra/valoarea consumului de apă şi taxele pentru canal, salubritate ş.a.
- art.24 - materiale şi prestări de servicii cu caracter funcţional (materiale folosite în procesul de învăţămînt şi pentru prelucrarea în ateliere şcolare şi laboratoare - substanţe chimice, reactivi, sticlărie consumabilă etc - ; animale de experienţă şi de laborator; materiale cu caracter funcţional specific activităţii de cercetare ştiinţifică; piese de schimb şi alte materiale pentru utilaje şi aparatură la unităţi sanitare şi de cercetare ştiinţifică ş.a.);
- art.25 - obiecte de inventar de mică valoare (valoare individuală sub 5oo lei) sau de scurtă durată (pînă la un an, indiferent de costul lor) şi echipament (pături, saltele, cerşafuri, prosoape; echipament pentru bolnavii din spitale, pentru copii din creşe şi leagăne şi pentru personalul medico-sanitar ş.a.);
- art.26 - reparaţii curente executate de terţi (la clădiri, instalaţii, utilaje, mobilier);
- art.27 - reparaţii capitale executate de terţi (la clădiri, instalaţii, utilaje, aparatură, autovehicule);

---

x) In acest art.bugetar se includ şi cheltuielile pentru medicamente, materiale sanitare etc. de la dispensarele medicale necesare tratamentului în casa de naşteri, staţionarul de copii şi cele necesare pentru tratamentul la domiciliu a bolnavilor exceptaţi de la plată conf.Decret 246/1958 şi altor dispoziţii legale (medicamente înmînate direct cu ocazia consultaţiilor la dispensar ori la domiciliul bolnavului şi cele prescrise de medic pe reţetă tip „gratuit").

- art.28 - cărţi şi publicaţii (reviste, periodice) pentru bibliotecă;
- art.29 - alocaţii pentru instituţii, organizaţii şi activităţi autofinanţate;
- art.3o - alte cheltuieli necesare: aplicării măsurilor de protecţia muncii (halate, şorţuri pentru radiologie etc.), pentru chiria localurilor, pentru pregătirea profesională a personalului efectuate pe bază de contracte, pentru contracte de cercetare ştiinţifică, taxe pentru invenţii ş.a.

Principalele prevederi ale disciplinei financiare

Fondurile băneşti aprobate prin planul financiar anual - repartizate pe trimestre, articole bugetare şi unităţi componente în raport cu sarcinile celorlalte secţiuni ale planului - se administrează pe baza unei ordini riguroase. Ele se pot cheltui în condiţiile stabilite prin dispoziţiile legale[x] şi cu respectarea următoarelor prevederi ale disciplinei financiare:

- Conducătorul - directorul - unităţii sanitare (cu personalitate juridică finanţată în bugetul de stat) este împuternicit conform legii - o dată cu numirea în funcţie - ca ordonator de credite[xx]. Prin această împuternicire legală el poate aproba efectuarea cheltuielilor numai cu respectarea reglementărilor, în limita planului financiar aprobat şi cu prealabilă avizare (viza controlului financiar preventiv) a contabilului şef al unităţii. Documentele ce angajează fondurile bugetare sînt iscălite de director şi contabilul şef (ce au în bancă specimen de semnătură), iar banca de stat - ca administrator al fondurilor băneşti ale statului - efectuează operaţiile bancare din contul de creditare şi în limitele planului financiar al unităţii sanitare (controlînd totodată cum sînt folosite mijloacele materiale şi băneşti de titularii săi de conturi);

- Creditele unităţii sanitare (sumele aprobate prin bugetul anual în limitele cărora se pot face cheltuieli) nu pot fi depăşite decît în situaţii deosebite (prin dispoziţii legale şi cu prealabilă aprobare de către organele ierarhice împuternicite prin lege);

- Nu se pot angaja cheltuieli de la buget dacă nu sînt prevăzute credite pentru natura respectivă de cheltuieli;

---

x) Legea finanţelor nr.9/1972 şi Legea privind controlul financiar preventiv nr.9/1974.

xx) Medicul coordonator al dispensarului nu este ordonator de credite. Pentru dispensarul medical, cheltuirea creditelor este ordonată de către conducătorul instituţiei în structura căreia funcţionează (Preşedintele Consiliului Popular comunal sau directorul spitalului orăşenesc).

- Sumele aprobate prin buget şi necheltuite într-un trimestru se pot cheltui în trimestrul următor al anului, dar nu se acceptă cheltuirea anticipată a creditelor bugetare trimestriale;

- In situaţii bine justificate, începînd cu trimestrul II, şi înainte de angajarea cheltuielilor, se pot face virări (transferuri) de credite între articolele bugetare (exclusiv de la retribuţia personalului, de la investiţii şi reparaţii capitale) fără a se majora bugetul total aprobat anual şi cu prealabilă aprobare legală a persoanelor împuternicite;

- Creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat pentru un exerciţiu financiar (1 ian-31 dec.) ce n-au fost utilizate se anulează prin efectul legii şi devin venituri la stat (ele nu se pot păstra de unitatea sanitară pentru anul următor);

Unele reglementări pentru plăţi şi încasări

Din creditele bugetare, prin banca de stat - ce păstrează mijloacele băneşti ale unităţii sanitare - se face plata cheltuielilor pe calea viramentului şi prin numerar, folosind documente justificative.

Plăţile fără numerar (decontările) sting obligaţiile băneşti între unităţile bugetare, utilizînd ca formă de decontare: factura, dispoziţia de încasare sau de plată, CEC-ul, plăţi planificate (pentru cumpărarea periodică de: carne, lapte, pîine etc).

Incasarea sau plata prin numerar se face pentru sume mici: plata retribuţiei şi a deplasărilor personalului (obţinute de la bancă prin CEC-uri), cumpărarea de mărfuri în cantităţi mici etc.

Spitalele şi celelalte unităţi sanitare cu buget propriu asigură obţinerea, repartizarea şi folosirea resurselor prin funcţia economică şi administrativ gospodărească exercitată de serviciile tehnice generale şi coordonate de directorul adj.economic şi contabilul şef (schema 14, pag.232). Atribuţiile, sarcinile şi competenţele celor două servicii (administrativ-gospodăresc şi financiar-contabilitate) sînt stabilite prin dispoziţii legale şi prin regulamentul de organizare şi funcţionare al unităţii sanitare.

Obligaţiile de bază în domeniul economic şi financiar pentru şefii de servicii medicale

De la numirea în funcţie şi prin contractul de muncă ei răspund de patrimoniul încredinţat, de gospodărirea cu grijă şi eficienţă a resurselor unităţii, de respectarea normelor privind disciplina de plan şi financiară. Potrivit legii, ei poartă răspunderea, faţă de stat şi faţă de colectivul unităţii, de organizarea raţională a întregii activităţi, de luarea măsurilor pentru asigurarea integrităţii avutului obştesc, pentru îndeplinirea integrală

şi la timp a planului unităţii, pentru creşterea calităţii acţiunilor şi asistenţei medicale cu reducerea cheltuielilor şi obţinerea unei eficienţe ridicate a activităţii colectivului din care fac parte.

Şefii compartimentelor din structura unităţii sanitare precum şi fiecare om al muncii, prin contractul de muncă şi conform cu dispoziţiile legale, au obligaţia să asigure creşterea eficienţei economice şi respectarea disciplinei de plan şi financiare, în raport cu funcţia, cu sectorul sau locul de muncă.

x

x x

Obţinerea eficienţei în ameliorarea sănătăţii populaţiei, la un teriteriu cu o minimă dezvoltare economico-socială, este dată de următoarele principale subobiective:

- asigurarea prioritară a întregii populaţii cu îngrijiri medicale elementare concomitent cu dezvoltarea strict controlată a marilor consumatori (spitale, tehnologii supraspecializate);

- creşterea calităţii întregii asistenţe medicale cu pîrghie principală de eficienţă în toate unităţile, activităţile şi acţiunile sanitare;

- angajarea avizată a beneficiarilor pentru un consum medical raţional - ca mijloc de evitarea risipei;

- participarea efectivă a sectoarelor socio-economice şi a populaţiei în aplicarea largii profilaxii.

In acelaşi scop, fiecare unitate, din sistemul teritorial sanitar, necesită să-şi realizeze toate activităţile şi acţiunile cu maximizarea (cantitativă şi calitativă) a rezultatelor concomitent cu minimizarea eforturilor (cheltuielilor). Dar, însăşi eficienţa activităţii sanitare are intensităţi şi arii variate, în aprecierea cărora se folosesc următoarele gradări:

- <u>eficienţă de gradul I</u>, cu sfera cea mai restrînsă, se referă la rezultate imediate obţinute într-o etapă din folosirea resurselor (creşterea numărului şi calităţii examinărilor medicale ambulatorii, folosirea raţională a obiectivizărilor de laborator şi a paturilor de spital etc.);

- <u>eficienţa de gradul II</u> - se apreciază prin prezenţa efectelor favorabile în sănătatea populaţiei arondate (îmbolnăviri şi decese evitate, creşterea nivelului de sănătate şi duratei vieţii); ea obţinîndu-se de către un sistem sanitar armonizat structural şi adaptat nevoilor;

- <u>eficienta de gradul III</u> - se apreciază prin efectele favorabile ale sănătăţii populaţiei resimţite în sectoarele social-economice ca evidenţiind participarea sectorului sanitar la creşterea producţiei şi productivităţii, la nivelul şi rata de dezvoltare social-economică teritorială.

Gradele superioare (II şi III) de eficienţă se obţin de unităţile ce folosesc metode şi tehnici de conducere ştiinţifică în care situaţii eficienţa devine unul din principalele criterii de apreciere a conducerii.

-oOo-

G L O S A R

In practica sănătăţii publice din ultimele decenii au apărut termeni sau înţelesuri noi a căror conţinut n-a putut fi detaliat în curs şi despre care însăşi textul cursului solicită detalii sau precizări în unele situaţii. In intenţia cunoaşterii lor redăm o scurtă listă de termeni cu explicarea înţelesului lor în afara celor menţionaţi în textul sau la subsolul paginilor anterioare. Prezentarea lor s-a făcut, pe cît posibil, într-un mod funcţional grupîndu-i după relaţiile dintre ei. Indexul redat în continuare va uşura găsirea termenului căutat după numărul ce-l poară în glosar. La sfîrşitul glosarului redăm bibliografia principală consultată (materiale româneşti şi documente OMS).

1. - Calitatea vieţii - totalitatea condiţiilor ce asigură integritatea vieţii biologice, satisfacerea cerinţelor de ordin social-economic legate de nivelul de trai material şi spiritual care să permită echilibrul şi desăvîrşirea continuă a personalităţii umane. Ea cuprinde: a) calitatea mediului înconjurător, relaţia om-natură; b) calitatea mediului social, condiţii de viaţă materială, relaţii umane, activitatea politică, morală şi spirituală; c) calitatea mediului de muncă; d) calitatea mediului familial; e) sănătatea individuală şi colectivă.

2. - Stare de sănătate - termen general ce se atribuie unui individ, unui grup sau unei colectivităţi folosind criterii şi indicatori stabiliţi. Expresia, analoagă „nivel de sănătate", desemnează în general o situaţie la un moment dat a sănătăţii exprimat în termeni cantitativi (durata medie a vieţii, dezvoltarea fizică şi psihică a copiilor şi tineretului etc.). Vezi curs pentru detalii.

3. - Situaţia sanitară a (populaţiei) unui teritoriu sau a unei colectivităţi - termen mai larg decît „starea de sănătate", ce ia în plus în considerare: starea factorilor (de mediu, locuinţă, aprovizionare cu apă şi îndepărtarea reziduurilor, factorii socio-economici) ce influenţează sănătatea, măsurile luate şi resursele alocate pentru sănătate, gradul de conştientizare şi de participare al populaţiei la ameliorarea condiţiilor pentru sănătate.

4. - Nutriţie umană - disciplină ştiinţifică care se ocupă de nevoile nutriţionale, de compoziţia alimentelor, de consumul şi obiceiurile

alimentare, de valoarea nutritivă a alimentelor şi de raţii alimentare, de raporturile între alimentaţie-sănătate şi boală, de cercetările în aceste domenii. Termenul „nutriţie" este folosit cîte o dată cu înţelesul de: dietă, regim alimentar, aliment.

5. - Stare nutriţională - stare a organismului ce rezultă din ingestia, absorbţia şi utilizarea alimentelor ca şi datorită factorilor patologici.

6. - Planificare familială - stabilirea voluntară de către părinţi a numărului de urmaşi (a dimensiunii familiei), a spaţierii sarcinilor şi a vîrstei părinţilor la care să aibă copii. Ea desemnează ansamblul activităţilor destinate sprijinirii individului sau familiei pentru obţinerea naşterilor dorite şi evitarea celor nedorite; ea comportă: activităţi de asistenţă şi tratament a sterilităţii, educaţie sanitară şi matrimonială.

7. - Ştiinţe ale comportamentului - studiază reacţiile omului la stimuli şi la condiţiile externe. Cele mai importante sînt: antropologia, sociologia, psihologia.

8. - Boală acută - alterarea sănătăţii de scurtă durată şi de gravitate diferită, după care se reia activitatea normală.

9. - Boală cronică - alterarea sănătăţii de lungă durată, cu incapacitate parţială sau totală ce obligă persoana la modificarea modului său de viaţă şi/sau de muncă şi cu dependenţă de permanente îngrijiri medicale.

lo. - Morbiditate - termen ce desemnează la general starea de alterare a sănătăţii a unui individ, grup sau colectivităţi (teritoriale, ocupaţionale, şcolare). Acest termen desemnează fenomenul îmbolnăvirilor, cuprinde totalitatea aspectelor (formelor de expresie) ale bolii dintr-o perioadă de timp, existente la un moment dat sau în evoluţie. Ca şi sănătatea populaţiei, morbiditatea nu se apreciază printr-un indicator unic ci prin mai mulţi indicatori specifici, corespunzători formelor sale de expresie, şi anume:

a) - incidenţa: totalitatea cazurilor noi de îmbolnăvire apărute (depistate) într-o perioadă de timp (obişnuit un an calendaristic) raportată la populaţia (expusă riscului a face asemenea boli) din care s-au extras cazurile noi;

b) - prevalenţă: totalitatea cazurilor de boală existente la un moment dat (obişnuit la sfîrşitul anului calendaristic sau la o anchetă medicală) şi raportată la populaţia supravegheată (teritoriu, colectivitate) sau la numărul anchetaţilor . Se poate calcula şi prevalenţa pentru o durată de timp ca totalitatea cazurilor de boală existente într-un interval (obişnuit un an calendaristic) în acea populaţie;

c) - morbiditate cu pierdere temporară a capacităţii de muncă se referă la totalitatea cazurilor (persoanelor) bolnave ca una sau mai multe boli (noi, vechi) de o anumită gravitate ce dă pierderea temporară a capacităţii de muncă şi absenteism din producţia socială. Este o formă de apreciere a alterării sănătăţii adaptată la persoanele de vîrste active (16-62 ani) ocupate în producţie. Aprecierea nivelului morbidităţii cu i.t.m. în ţara noastră se face prin trei indicatori ce au semnificaţie diferită de cei de incidenţă, prevalenţă etc., şi anume:

- frecvenţa cazurilor iniţiale de concediu medical - nr.cazuri (persoane) iniţiale de absenteism datorită bolii (unei sau mai multe) p.loo asiguraţi (oameni ai muncii);

- gravitate: nr.zile lucrătoare de concediu medical/loo asiguraţi;

- durată medie a concediului medical: nr.zile concediu medical/nr. certificate iniţiale de concediu medical.

d) morbiditate cu invaliditate - reprezintă cazurile (persoanele) cu una sau mai multe boli cu o gravitate deosebită şi variată (gr.I, II, III) ce au dat pierderea totală sau parţială, definitivă sau pe o durată mai mare de timp, a capacităţii de muncă la personalul de vîrste active (16-62 ani) ocupat în producţia socială. Aprecierea nivelului acestei forme de expresie a morbidităţii se face cu indicatorii de:

- incidenţă a invalidităţii: totalitatea cazurilor noi de invaliditate apărute (stabilite) într-o perioadă de timp (obişnuit un an calendaristic) din întreprindere, ramură industrială sau economică;

- prevalenţa invalidităţii: totalitatea invalizilor datorită bolii sau traumatismului existenţi la 31 dec.p. looo asiguraţi.

e) morbiditate spitalizată - redă aspectele de o anumită gravitate prin formele acute sau reacutizate datorită unei sau mai multor boli concomitente la persoanele (nu obligator din teritoriul arondat spitalului) ce nu se pot rezolva de asistenţa medicală ambulatorie. Aceeaşi persoană se poate spitaliza (cu una sau mai multe boli), în acelaşi spital sau în spitale diferite, odată sau de mai multe ori într-un an calendaristic. Deşi diagnosticul principal la ieşirea din spital are un grad mai mare de exactitate decît diagnosticul la celelalte forme de expresie ale morbidităţii, datorită imposibilităţii respectării teritorializării în cuprinderea cazurilor cît şi a altor motive (vezi curs cap.3.2.4) analiza morbidităţii spitalizate foloseşte indicatori de structură (pe cauze de boală, sexe, grupe de vîrstă etc.), adică cazuri la loo din total şi nu cazuri spitalizate raportate la populaţie. Din aceste motive morbiditatea spitalizată se foloseşte complementar în studiul morbidităţii populaţiei teritoriului şi în principal pentru aprecierea consumului medical şi financiar generat de boli.

Scanned with OKEN Scanner

f) mortalitate specifică pe sexe, cauze de boală, grupe de vîrstă, medii de reşedinţă etc., ca forma cea mai gravă de expresie a morbidităţii;

g) morbiditatea individuală sau pe persoane - reprezintă rezultatul unui studiu pe persoane a morbidităţii (şi nu pe caz). Se prezintă numărul de boli existente la o persoană la un moment dat şi se poate cunoaşte numai prin anchete medicale. Rezultatul anchetei medicale se exprimă: nr. persoane fără boli, nr.persoane cu una, două, trei etc. boli (global, pe sexe, medii, grupe de vîrste etc.);

h) morbiditatea succesivă sau în dinamică - se poate cunoaşte plecînd de la o examinare medicală iniţială a unei populaţii: este un studiu individualizat în timp (longitudinal prospectiv) privind evoluţia la aceeaşi persoană de noi îmbolnăviri, recăderi, agravări, asocieri sau ameliorări, rezolvări etc.; se face prin examinări medicale la date (intervale) fixe pe aceeaşi populaţie (teritorială, ocupaţională, şcolară).

„Frecvenţă a bolii" , termen general şi incomplet - folosit în prezentarea rezultatelor unor anchete medicale ce necesită a fi întregit cu precizarea: frecvenţa cazurilor noi de boală sau a cazurilor existente de boală la un moment dat sau frecvenţa persoanelor bolnave etc. pentru loo, loco, lo.ooo, loo.ooo examinaţi.

11. - Infirmitate - absenţa sau nefuncţionarea parţială sau totală a unui membru, a unui organ sau a unui mecanism de la un organ; stare patologică temporară sau permanentă ce antrenează o reducere funcţională. Ea poate fi minoră (fără afectarea sau cu afectarea corectabilă a capacităţii funcţionale), de gravitate medie sau severă. In ultimele două stări (medie şi gravă), neputînd fi corectată, infirmitatea va duce la incapacitate;

12. - Incapacitate - reducerea sau pierderea aptitudinii (capacităţii) funcţionale (necesare ducerii existenţei) datorită bolii sau traumatismului ori inadaptării la situaţia de infirmitate. Ea poate determina handicap;

13. - Handicap (handicap) - reducerea sau limitarea temporară sau definitivă a activităţii provocată prin incapacitate datorită unei afecţiuni congenitale sau dobîndite (boală, traumatism) sau datorită vîrstei înaintate. Ca urmare, frecventarea şcolii sau exercitarea profesiunii sînt cel puţin parţial compromise. Dacă starea e gravă duce la invaliditate.

14. - Invaliditate - imposibilitatea exercitării unei activităţi profesionale sau şcolare obişnuite datorită pierderii sau diminuării capacităţii fizice sau mintale; defect fizic - congenital sau dobîndit -

datorită căruia persoana este total sau parţial inaptă de muncă.

In practica curentă este tendinţa de interschimbare a înţelesului între unii din aceşti termeni, ca şi de folosire a „infirmităţii" pentru sens general.

15. - Incapacitate de muncă - rezultatul pierderii totale sau parţiale a capacităţii de muncă în urma unei boli sau accident, ori lipsa c.m. datorită unei invalidităţi congenitale.

16. - Recuperarea capacităţii de muncă - sistem de activităţi, măsuri şi mijloace prin care se urmăreşte restabilirea (totală sau parţială) a capacităţii de muncă pierdute ca urmare a unui traumatism sau boli.

17. - Readaptare - aplicată în caz de incapacitate, ea înseamnă punerea în lucru a unui ansamblu coordonat de măsuri medicale, sociale, educative şi profesionale destinate să asigure sau să restituie persoanei o folosire cît mai completă a funcţiilor afectate (să asigure socializarea la un nivel cît mai apropiat de cel care îl avea persoana înainte de boală sau traumatism).

18. - Readaptare medicală - ansamblu de îngrijiri medicale ce vizează să dezvolte aptitudinile funcţionale şi psihologice a persoanei şi, la nevoie, mecanismele compensatorii pentru a-i permite să ducă o existenţă autonomă şi activă.

19. - Readaptarea socială - parte din procesul de readaptare care vizează integrarea sau reintegrarea invalidului în societate ajutîndu-l să se adapteze la exigenţele vieţii familiale, colective şi profesionale.

20. - Readaptare profesională - punerea la dispoziţia invalizilor de servicii proprii pentru a le permite să obţină şi să practice o activitate profesională (inclusiv activităţi de reorientare profesională la noua situaţie de sănătate a persoanei).

21. - Accident de muncă - eveniment brusc care se petrece în procesul de muncă şi are consecinţe negative asupra omului.

22. - Noxă (agent nociv) - agent fizic, chimic sau biologic ce are efect dăunător asupra organismului cînd concentraţia, intensitatea sau durata sa de acţiune depăşeşte anumite limite.

23. - Avarie - situaţie neprevăzută în exploatarea mijloacelor de muncă ce se soldează cu daune materiale.

24. - Mediu de muncă - ansamblul condiţiilor fizice, chimice, biole-

gice şi psihosociale în care omul îşi desfăşoară activitatea.

25. Medicina omului sănătos - medicină orientată spre promovarea stării de bine d.p.d.v. fizic, mintal şi social.

26. - Promovarea sănătăţii - concept ce cuprinde acţiuni ce să asigure mod de viaţă şi alţi factori sociali, economici, de mediu şi individuali ce contribuie la asigurarea şi dezvoltarea sănătăţii. Asemenea acţiuni pot fi întreprinse de indivizi, familii, colectivităţi, servicii medicale, de către stat, organizaţii neguvernamentale sau în comun de unele din acestea.

27. - Medicină preventivă - parte a medicinei ce se ocupă de evitarea bolii.

28. - Servicii preventive - activităţi organizate pentru crearea unui mediu favorabil promovării şi protecţiei sănătăţii, prevenirii şi depistării precoce a bolii şi invalidităţii.

29. - Protecţie sanitară - acţiuni şi măsuri de intervenţie activă contra pericolelor ce pot ameninţa sănătatea omului (şi mediului).

30. - Asanare - acţiune de redresare a condiţiilor de mediu fizic care defavorizează dezvoltarea fizică, sănătatea şi longevitatea vieţii omului.

31. - Securitate socială - în sens larg înseamnă asigurarea protecţiei complete contra unor riscuri (incapacitate de muncă datorită bolii sau accident, şomaj, bătrîneţe, invaliditate sau decesul susţinătorului familiei, accidente de muncă, pentru sarcină şi naştere şi consecinţele acestora etc.). Ea implică dreptul individului la prestaţii diverse şi responsabilităţi din partea societăţilor, asociaţiilor de securitate socială ce organizează şi asigură asemenea prestaţii.

32. - Asigurări sociale - sistemul cel mai vechi şi cel mai răspîndit de securitate socială. Sistemul presupune participarea persoanelor cu o cotizaţie obligatorie şi beneficierea de prestaţii sociale pentru care s-au înscris (asistenţă medicală, pensie limită vîrstă, pentru invaliditate, ajutoare pentru boală, maternitate, deces etc.). Fondurile băneşti din cotizaţiile asigurărilor pot fi completate cu unele fonduri de la bugetul de stat prin participarea întreprinderii sau/şi din taxe speciale.

33. - Asigurare a bolii - sistem de asigurări sociale destinat exclusiv îngrijirilor medicale pentru diagnosticul şi tratamentul bolii. El poate fi voluntar sau obligator pentru întreaga populaţie sau numai pentru un grup din acestea.

34. - Securitatea muncii - starea elementelor implicate în procesul de muncă în care este exclusă acţiunea factorilor de risc asupra omului. Reprezintă rezultatul protecţiei muncii.

35. - Colectivitate - un grup a cărui membri sînt în contact direct între ei, au aceleaşi interese fundamentale, aceleaşi aspiraţii şi obiective comune. Ea poate fi: teritorială (sat, oraş, teritoriul arondat unui spital), profesională (uzină), şcolară.

36. - Medicina muncii - ramură a medicinei preventive, avînd ca obiectiv păstrarea şi ameliorarea stării de sănătate a oamenilor muncii. Ea cuprinde: fiziologia muncii, igiena muncii, depistarea şi prevenirea bolilor profesionale (patologia profesională), expertiza capacităţii de muncă, psihologia muncii.

37. - Igienă - ramură a ştiinţei medicale care se ocupă de influenţa factorilor de mediu asupra sănătăţii omului şi de elaborarea măsurilor profilactice, pentru păstrarea şi promovarea sănătăţii. Ea cuprinde: igiena comunală (a aşezărilor umane), igiena colectivităţilor de copii, de tineri, a colectivităţilor ocupaţionale şi igiena alimentaţiei.

38. - Medicină socială - studiul stării de sănătate şi de morbiditate a colectivităţilor şi a factorilor ce le condiţionează pentru elaborarea de măsuri care să ducă la promovarea, apărarea şi refacerea sănătăţii populaţiei prin efortul organizat al colectivităţii. Prin metodele şi tehnicile de lucru folosite se preocupă de eficienţa serviciilor medicale şi de sănătate şi de căutarea de soluţii optimale - tehnice şi economice - în elaborarea, aplicarea şi evaluarea programelor de sănătate a colectivităţilor.

39. - Sănătate publică[x] - tradiţional cuprindea activităţi organizate de igienizare a mediului şi acţiuni specializate contra bolilor transmisibile; în ultimele 4-5 decenii conţinutul s-a lărgit progresiv adăugîndu-se îngrijirile medicale individuale pentru membrii colectivităţilor. Sensul lui larg actual cuprinde: problemele de sănătate a populaţiei, starea sanitară a colectivităţii, activităţile de igienizare a mediului, gestiunea şi administrarea serviciilor medicale.

In sensul lui larg, termenul se apropie de medicină socială şi, în unele ţări, se tinde a fi înlocuit cu cel de medicină comunitară (a colectivităţilor).

Înţelesul din practica medicală cuprinde: activităţi destinate promovării, apărării şi refacerii sănătăţii populaţiei, inclusiv prevenirea bolilor, asistenţă medicală la nivel de unitate sanitară, la nivel local-regional sau naţional.

x) OMS - Série de Rapp. tech. 533/1973.

40. Organizare sanitară - organizarea şi administrarea serviciilor de sănătate pentru obţinerea de ameliorări în activitatea sanitară.

41. - Medicină comunitară - medicina colectivităţilor. In Anglia a înlocuit recent termenii de sănătate publică, de medicină preventivă şi medină socială; se ocupă de: studiul şi evaluarea nevoilor de sănătate ale populaţiei, de posibilităţile de promovare a sănătăţii, de prevenirea bolii şi de asigurarea asistenţei medicale. Ea coordonează opiniile specialiştilor medicali pentru propuneri de politică sanitară.

42. - Medic (specialist) de sănătate publică - specialist de rang superior într-unul din domeniile specialităţii ce practică medicina socială şi preventivă[x].

In practică fac „sănătate publică", în ponderi variate, medici (medic de dispensar, şef secţie spital, şef serviciu policlinică, directori de unităţi sanitare, conducători de instituţii ce asigură formarea cadrelor medico-sanitare şi ale celor care asigură medicamentele etc.) şi nemedici (conducători de colectivităţi teritoriale, şcolare sau ocupaţionale) ce participă la identificarea şi promovarea factorilor sanogeni sau la identificare şi neutralizarea factorilor de risc.

43. - Sistem de sănătate (sanitar) - ansamblu de elemente (unităţi) interdependente, condus de colectivitate, care contribuie la sănătate în familie, în instituţii şcolare şi ocupaţionale, în locurile publice şi în colectivitate, acţionînd asupra mediului fizic şi psihosocial, în cadrul propriului sector şi în sectoarele conexe. Modelul sistemului etatizat de sănătate dintr-o ţară de dimensiuni medii este organizat piramidal pe trei nivele (local, intermediar şi central);

- la nivelul local, al colectivităţii (la periferia sistemului) sînt serviciile sanitare de bază ce asigură îngrijirile primare de sănătate;

- la nivelul oraşelor şi reşedinţelor distrectuale (nivelul intermediar al sistemului) sînt serviciile medico-sanitare de specialitate şi şcoli pentru formarea cadrelor medii;

- la nivelul centrelor universitare (nivel regional şi central) sînt servicii medico-sanitare supraspecializate (clinici, centre şi institute de specialitate, ce asigură asistenţa medico-sanitară a cazurilor nerezolvabile la celelalte nivele, realizează formarea şi perfecţionarea cadrelor medico-farmaceutice superioare şi coordonează tehnic sistemul de sănătate din teritoriul atribuit.

x) OMS-Série de Rapp.techn.235/1962; doc.Euro-OMS nr.o337/1966 şi 12o1/1977.

44. - Servicii de sănătate - termen general ce desemnează unităţile medico-sanitare ce asigură rezolvarea nevoilor de sănătate (îngrijirile individuale şi ale colectivităţii, preventive şi curative) ale populaţiei dintr-un teritoriu.

45. - Servicii de sănătate (unităţi sanitare) de bază - reţea de unităţi medico-sanitare periferice din cadrul sistemului teritorial administrativ ce asigură populaţiei îngrijiri preventive şi medicale esenţiale printr-un personal medico-sanitar şi/sau auxiliar (cu o pregătire profesională incompletă).

46. - Serviciu naţional de sănătate - ansamblul unităţilor ce asigură protecţia sanitară şi îngrijirile medicale individuale şi ale colectivităţilor la întreaga populaţiei a unei ţări.

47. - Circumscripţie sanitară - zonă teritorială urbană sau rurală echipată cu servicii de sănătate pentru asigurarea populaţiei.

48. - Dispensar - principala unitate ambulatorie a eşalonului sanitar de bază, legată organizatoric sau numai funcţional de spitalul teritorial. El îndeplineşte prioritar activităţi preventive (acţiuni asupra factorilor de mediu, depistare şi rezolvare precoce a bolii, supravegherea şi rezolvarea activă a grupelor vulnerabile de populaţie, educaţie sanitară)şi asigură primul ajutor, consultaţii, tratamente şi recuperarea bolnavilor prin activitate de medicină generală.

49. - Centru de sănătate - tip mai complet de unitate sanitară de bază (din urban sau rural) ce funcţionează cu o echipă de cadre medico-sanitare (medici generalişti, medici de unele specialităţi - în timp parţial sau total, cadre medii de diferite profile). Poate avea un număr de paturi destinate naşterilor normale, bolilor uşoare, primelor îngrijiri în urgenţe medicale, fiind un punct avansat în populaţie a spitalului teritorial. In principal se ocupă de prevenirea bolii şi de promovarea sănătăţii indivizilor, familiilor, a grupelor vulnerabile şi a întregii populaţii atribuite. El asigură asistenţă medicală de prim contact, îngrijirile primare de sănătate cu activităţi de prevenire, diagnostic, tratament şi readaptare, realizează continuitatea îngrijirilor medicale pentru o populaţie atribuită (teritorială, întreprinderi, şcoli) - 5-3o mii loc. Are variate denumiri, structuri organizatorice şi atribuţii, dar funcţia principală este aceea a unei unităţi complete de îngrijiri primare de sănătate, unitate de bază a sistemului teritorial de sănătate.

5o. - Echipă de sănătate - grup de cadre medico-sanitare (şi auxiliare) care, prin competenţele şi atribuţiile fiecăruia, contribuie la realizarea unui obiectiv comun.

51. - Prevenire a bolii - termen general ce desemnează măsuri de evitare a îmbolnăvirii (prin înlăturarea factorului cauzal, prin vaccinare).

52. - Prevenire specifică - evitarea îmbolnăvirii prin mijloace cînd cauza bolii este cunoscută; prevenirea nespecifică - cînd cauza bolii nu este cunoscută.

53. - Prevenire (profilaxie) primară - împiedecarea apariţiei bolii prin măsuri specifice (vaccinări etc.) sau nespecifice (alimentaţie, sport, educaţie sanitară etc.).

Corespunde definiţiei tradiţionale a prevenirii.

54. - Prevenire secundară - oprirea sau întîrzierea evoluţiei unei boli prin depistarea şi rezolvarea precoce a bolii, în principal prin activităţi medico-sanitare.

55. - Prevenirea terţiară - evitarea recăderii sau agravării bolii, reducerea cronicizării, recîştigarea funcţiilor unui organ sau aparat, în principal prin activităţi medico-sanitare.

Ar fi potrivit ca termenul de profilaxie să fie folosit în activităţi şi acţiuni destinate sănătăţii ce sînt executate de către sectoarele nemedicale, iar termenul de prevenire - să fie folosit în acţiunile executate de unităţile medico-sanitare.

56. - Risc - posibilitatea (probabilitatea) producerii unui eveniment nedorit.

57. - Risc de îmbolnăvire - posibilitatea producerii unei îmbolnăviri.

58. - Factor de risc - element din mediul ambiant legat în manieră semnificativă de apariţia bolii (îmbolnăvire). Pentru detalii vezi curs.

59. - Depistare precoce - descoperire şi tratare a bolii înainte să se fi produs o alterare patologică şi care nu a determinat cererea de asistenţă medicală.

60. - Depistare sistematică - identificarea cu ajutorul testelor, examenelor sau altor tehnici de aplicare rapidă a persoanelor atinse de boală sau cu anomalie ce erau necunoscute ca atare. Testele de depistare trebuie să permită distincţia între practic (aparent) sănătoşi ce sînt probabil atinşi de boală şi persoanele nebolnave. Testele n-au scopul de a stabili diagnosticul. Persoanele testate la care rezultatele sînt pozitive sau îndoielnice necesită să fie trimise pentru precizare diagnostic.

61. - Validitate - calitatea unei tehnici, aparat, examinator de a măsura ceea ce este destinat să facă.

Scanned with OKEN Scanner

62. - Fidelitatea (reproductibilitatea) unei tehnici sau aparat este calitatea de a oferi aceleaşi rezultate în folosirea de persoane, în momente şi în circumstanţe diferite.

63. - Ingrijiri de sănătate - cuprind activităţile de promovare a sănătăţii, de prevenire şi depistare a bolii şi invalidităţii, de întreţinere a sănătăţii, îngrijirile individuale de sănătate şi de readaptare la bolnavii acuţi şi cronici, educaţia sanitară. La realizarea lor pot participa efectiv servicii şi cadre nemedicale şi medico-sanitare.

64. - Ingrijiri primare de sănătate - activităţi elementare destinate sănătăţii, accesibile tuturor prin cost, distanţă şi program de lucru, bazate pe metode practice, valabile ştiinţific şi acceptabile social. Ele sînt pivotul şi principalul factor al sistemului de sănătate a unei ţări, primul eşalon a unei reţea de protecţie sanitară ce începe de la periferie şi care fac parte integrantă din dezvoltarea social-economică a ţării. Ele cuprind cel puţin strictul necesar privind: apa potabilă şi îndepărtarea reziduurilor, alimentaţia raţională, locuinţă sănătoasă, ocrotirea mamei şi copilului, prevenirea bolilor, vaccinările în principalele boli epidemice, primele îngrijiri medicale şi asigurarea medicamentelor esenţiale. La realizarea lor participă cetăţenii, unităţile social-economice şi serviciile medicale. Ele sînt eficace dacă se sprijină pe participare activă şi pe autoresponsabilitate individuală şi colectivă.

65. - Autoîngrijiri ale sănătăţii: activităţi sau luări de hotărîri destinate sănătăţii, executate neorganizat - din iniţiativa persoanelor (membrilor de familie, vecini, prieteni, colegi). Acestea se referă la întreţinerea sănătăţii, prevenirea bolii, autodiagnostic, autotratament (inclusiv automedicaţie), autoîngrijiri pînă la sau după prezentarea la serviciile medicale.

66. - Servicii individuale de sănătate - cuprind primele îngrijiri medico-sanitare, tratamentele, imunizările, examenele pentru cunoaşterea şi controlul sănătăţii, depistările sistematice pentru nevoile elementare de sănătate, educaţia sanitară.

67. - Ingrijiri medicale - un ansamblu variat de activităţi executate de personalul medico-sanitar pentru protecţia, ameliorarea şi refacerea sănătăţii. Ele pot fi: primare, secundare, terţiare.

68. - Ingrijiri medicale primare - termen cu o arie mai restrînsă decît „îngrijiri primare de sănătate" - ele sînt acte medicale acordate de personalul medico-sanitar de primă linie, din eşalonul medical de prim contact; sînt activităţi de medicină generală acordate individului şi colectivităţii (de igienă, antiepidemice, de ocrotirea sănătăţii unor grupe vulnera-

bile, diagnostic şi tratament simplu, îndrumarea cazurilor către eşalonul superior, educaţie sanitară).

69. - Ingrijiri medicale secundare - acte medicale în competenţa medicilor din spitalele şi policlinicile orăşeneşti şi judeţene (diagnostic clinic sau radiologic, operaţii de chirurgie generală etc.), la care populaţia a fost îndrumată de personalul unităţilor sanitare de bază.

70. - Ingrijiri medicale terţiare - acte medicale ce necesită un personal supraspecializat şi aparate medicale sensibile (neurochirurgie, chirurgie cardiacă, chirurgie plastică şi reparatorie etc.).

71. - Organizare şi conducere ştiinţifică - management = gestiune modernă = a conduce, a administra prin metode moderne o unitate (un sistem) şi nu gestiunea în sens de răspundere materială cum se înţelege în practica economică. Ea cuprinde un ansamblu de activităţi (ce gestionează, administrează cu metode ştiinţifice) o unitate cu scopul de a executa eficient sarcinile pentru realizarea obiectivului stabilit.

Este obişnuinţa ca termenul de administrare să se folosească mai mult pentru activităţi publice, cel de gestiune cînd e vorba de activităţi particulare iar cel de management (neintrat încă în uz curent la noi) semnificînd conducerea modernă a unităţilor, acţiunilor şi programelor pentru a obţine un rezultat determinat, de cea mai bună calitate, într-un timp cît mai scurt la un cost cît mai mic.

Organizarea şi conducerea ştiinţifică sau,mai simplu, conducerea ştiinţifică se ajută în principal de cercetarea operaţională, cibernetica, analiza de sistem, informatica, psihosociologia organizării.

72. - Cercetare operaţională (CO) - pregătire şi analiză ştiinţifică a deciziilor prin metode şi tehnici adecvate pentru selectarea soluţiei optimale; disciplină a optimizării deciziilor cu ajutorul unor metode şi tehnici.

73. - Analiza de sistem - mod de abordare a problemelor complexe; examinarea diverselor elemente ale unui sistem pentru a determina dacă o soluţie va putea să se integreze şi să aducă o ameliorare generală a sistemului; orice analiză formală care poate oferi o cale de acţiune prin examenul sistematic al obiectivelor, costurilor, eficacităţii şi riscurilor de la diferitele tactici sau strategii posibile.

C.O. şi analiza de sistem; ambele se ocupă de problemele practice de alegere, dar analiza de sistem se interesează de strategii iar CO de tactica selecţiei soluţiei.

74. - Cibernetică - ştiinţă ce are ca obiect studiul sistemelor autoreglate la fiinţe şi maşini.

75. - Informatică - disciplina prelucrării logice şi automate a informaţiei cu ajutorul echipamentelor automate de prelucrare şi stocare.

76. - Marketing (aplicat la sectorul de sănătate) - concept după care în dimensionarea activităţii (producţiei) de îngrijiri medicale este necesar a se gîndi mai întîi ca beneficiar (consumator) şi apoi ca „producător"; ansamblu de activităţi ce dirijează asigurarea (producţia şi distribuţia) îngrijirilor medicale bazîndu-se pe cunoaşterea consumatorului (beneficiarului) şi a nevoilor lui; mod de a gîndi ce serveşte deciziilor strategice de rezolvare a priorităţilor teritoriale de sănătate, sincronizării activităţii sanitare cu nevoile populaţiei.

77.- Strategice (soluţii, decizii): comportă multă organizare şi programe de lungă durată, antrenează o mare parte din resurse şi din sistem; se folosesc pentru rezolvarea marilor obiective (a direcţiilor), pentru scopul final; efectul obţinut este de lungă durată. Soluţia strategică poate conţine mai multe soluţii tactice ce sînt interdependente. Se adoptă pe treptele ierarhice ale sistemului şi de conducerea superioară a unităţii (adunarea generală, COM). Cea mai tipică problemă strategică e planificarea de lung termen.

78.- Tactice (soluţii decizii): - cu probleme de complexitate redusă, comportă mai puţină organizare şi pentru executare angajează o mică parte din sistem; se folosesc pentru rezolvarea obiectivelor mici (subobiective); sînt uşor modificabile sau se pot înlocui; efectul obţinut are o durată scurtă. Sînt modalităţi de transformare a deciziilor strategice în acţiuni concrete. Se iau de biroul executiv al COM şi de conducătorii executivi. Frecvenţa lor e mai mare cu cît se coboară în ierarhia sistemului.

79.- Model - reprezentarea în miniatură a unei situaţii reale; reflectare abstractizată a anumitor caracteristici ale unui proces, fenomen, sistem în vederea studierii sale.

80.- Model matematic - reprezentarea unui sistem sau a unui proces cu folosirea de ecuaţii pentru simularea comportamentului sistemului sau procesului reprezentat; se mai numesc şi modele numerice.

81.- Analiza pe bază de grafuri - tehnică prin care se pot identifica obiectivele, prin care se pot determina activităţile şi serviciile pentru realizarea acestor obiective prezentînd sub forma unui graf (scheme) relaţiile între sarcini, activităţi şi obiective.

82.- Analiza drumului critic - tehnică de cercetare operaţională folosită în conducere ce constă în calcularea duratei şi/sau costului

pentru toate activităţile unui proiect (plan). Este o formă de analiză prin grafuri.

83. - Programare liniară - tehnică a cercetării operaţionale ce foloseşte ecuaţii lineare pentru a prevedea efectul modificării unor variabile.

84. - Constrîngeri - limite, situaţii impuse în executarea unei acţiuni sau a unui program ori în selectarea unei soluţii. Ele pot fi: sociale, economice, tehnice, profesionale, compartimentale.

85. - Organigramă - schemă a organizării unei întreprinderi sau instituţii; reprezentare grafică sistematică şi sintetică a structurii interioare cu compartimentele de muncă (direcţii, servicii, activităţi) şi cu raporturile lor ierarhice sau funcţionale la o întreprindere sau instituţie precum şi a relaţiilor exterioare (de subordonare sau de colaborare); prezentarea acestora se poate face vertical (piramidal) sau orizontal. Schemă în care se prezintă desfăşurarea fazelor de rezolvare a unei probleme.

86. - Seminar - grupă de studii

87. - Panel - grup

88. - Echipă operaţională: - grupare temporară de persoane cu niveluri şi specialităţi diferite pentru realizarea unui studiu a unei acţiuni sau a unui program (sanitar).

89. - Sistem - ansamblu de elemente (persoane, servicii, materiale, cunoştinţe etc.) interdependente şi formînd un tot unitar, ce funcţionează conform unor reguli prestabilite în vederea realizării unui scop unic. Elementele componente se mai numesc şi subsisteme şi pot fi sau nu permanente ale sistemului. Sistemul devine cibernetic cînd se autoreglează.

90. - Intrări - mijloace şi energii folosite (angajate) pentru funcţionarea spontană a unui sistem.

91. - Ieşiri - rezultatele din funcţionarea spontană a unui sistem.

92. - Fiabilitate - siguranţă în funcţionare potrivit normelor prescrise; calitatea unui sistem sau aparat de a funcţiona fără defecţiuni un anumit interval de timp pentru scopul dat şi în mediul pentru care a fost conceput.

93. - Organizare sistemică - stabilirea elementelor componente ale sistemului şi a dispunerii acestora în spaţiu, determinarea legăturilor prin care se asigură funcţionalitatea sistemului şi coordonarea funcţionării în timp a sistemului.

94. - Disfuncţia unui sistem - abatere de la starea normală de funcţionare a sistemului.

95. - Entropie - noţiune care desemnează gradul de dezorganizare a unui sistem. Entropia unui sistem se află în raport invers proporţional cu cantitatea de informaţie de care se dispune pentru organizarea şi conducerea acestuia. Legile entropiei: a) entropia universului creşte pe măsură ce timpul se scurge; b) entropia totală a două sisteme independente este egală cu suma entropiilor individuale. In organizarea şi conducerea unui sistem trebuie să se ţină seama de stările entropice ale acestuia, ce pot provoca perturbaţii în funcţionarea acestuia.

96. - Sistem de informare sanitară - mecanism destinat culegerii, tratării, analizării şi transmiterii informaţiilor necesare organizării şi funcţionării asistenţei, cercetării şi învăţământului medical.

97. - Memorie - organ ce înregistrează, păstrează şi restituie informaţia.

98. - Bit - unitate binară de măsură a cantităţii şi entropiei informaţiei. El se exprimă prin unul din caracterele binare - 0 sau 1 - şi ca urmare reflectă cantitatea de informaţie cuprinsă într-un răspuns de forma „da" sau „nu".

99. - Algoritm - sistem de reguli care, aplicat la o anumită clasă de probleme de acelaşi tip, conduce la o situaţie cu ajutorul unor operaţii succesiv ordonate.

100. - Hardware a unui sistem de calcul cuprinde: memoria internă, unitatea centrală, unitatea de calcul aritmetic, unitatea de discuri magnetice, unitatea de bandă magnetică, unitatea de legături, unitatea de afişare (display), imprimanta, unitatea grafică şi unitatea de comandă.

101. - Software - componentă a unui sistem de calcul asociată calculatorului electronic - cuprinde: programele, pachetele de programe, împreună cu documentaţia asociată.

102. - Digital: numeric (la prelucrarea electronică a informaţiei).

103. - Numeric (calculator) sau aritmetic - desemnează un calculator ce operează asupra unor numere, spre deosebire de analogic.

104. - Analogic - gen de calcul efectuat cu ajutorul unui dispozitiv în care datele sînt transformate în valori fizice continui înainte de a fi prelucrate, spre deosebire de calculul tradiţional care operează cu cantităţi discontinui (cu numere) şi care e denumit calcul numeric sau aritmetic.

105. - Conexiune (în sistem) - legătură între două sau mai multe elemente componente ale unui sistem. Existenţa unor asemenea legături determină organizarea, comportamentul şi structura lor.

1o6. - Conexiune inversă - retroacţiune, legătura pe bucla de reacţie (mergînd de la ieşirea către intrarea sistemului). In teoria şi practica conducerii realizează urmărirea mărimii de ieşire şi aducerea ei la centrul decizional care o va compara cu mărimea de intrare (de referinţă) abaterea fiind reintrodusă în sistem; se realizează, astfel, o ajustare a deciziei anterioare pe baza rezultatelor unei etape. Existenţa ei asigură o reglare automată şi conferă sistemului de conducere caracter de sistem cibernetic.

1o7. - Plan (proiect) sanitar - mijloc (instrument) cu ajutorul căruia se realizează trecerea (modificarea măsurabilă) într-o perioadă de timp de la o stare existentă la o stare dorită pentru unul sau mai multe elemente ale unui sistem de sănătate; un ansamblu organizat şi articulat de activităţi anticipat gîndite pentru a realiza un obiectiv într-o perioadă stabilită de timp cu ajutorul unor cantităţi cunoscute de resurse.

1o8. - Program - ansamblu organizat de activităţi, lucrări sau operaţii eşalonate în timp şi axate pe obiective precise, clar definite, pe cît posibil, - cuantificate şi armonizate în cadrul strategiei sanitare generale teritoriale şi naţionale. El trebuie să conţină: resursele necesare executării, metodele de supraveghere şi evaluare, calendarul de activităţi şi corespondenţa lui cu celelalte programe (sanitare şi nesanitare). Un program este adecvat dacă corespunde nevoilor, pertinent dacă răspunde priorităţilor sociale şi sanitare în funcţie de care a fost elaborat; el este eficace dacă rezultatele obţinute sînt conforme cu obiectivele stabilite iniţial şi este eficient cu cît efectul pe unitate de cheltuială este mai mare.

1o9. - Implementare - punere în aplicare (în funcţiune) a proiectului (planului); aplicarea unor măsuri tehnico-organizatorice la un sistem.

11o. - Obiectiv - rezultatul (stare în) final ca urmare a unei activităţi sau a unui program, exprimat în cantităţi şi precizat pentru o perioadă de timp sau termen.

Înţeles apropiat cu cel al termenului ţel, scop. La scop rezultatul nu e supus constrîngerii de timp sau de resurse, e mai curînd o ultimă stare spre care se tinde, ce se aşteaptă de la un program. Ca urmare în folosirea termenului „scop" nu necesită neaparat termene operaţionale sau precizarea de rezultate măsurabile în cantităţi.

111. - Resurse - personalul, materiale, clădiri, fonduri, tehnicităţi, tehnici şi timpul, necesare sau disponibile pentru realizarea unor activităţi stabilite.

112. - Resurse umane (resurse de forţă de muncă) - populaţia în vîrstă şi aptă de muncă dintr-un teritoriu, oamenii muncii existenţi într-un sector al economiei, unitate (sanitară).

113. - Resurse financiare - mijloacele băneşti (bugetul de venituri şi cheltuieli) ale unei unităţi sanitare.

114. - Repartizare - ce se alocă

115. - Distribuţie - cît se alocă

116. - Consum - utilizarea de bunuri şi servicii de către indivizi sau grupuri; cantitate de resurse folosite sau destinate pentru realizarea de produse, bunuri sau servicii de către indivizi sau grupuri. El poate fi:

- direct (consum nemijlocit dintr-o ramură, pentru fabricarea unui produs în altă ramură);
- indirect (dintr-o resursă materială ce intră într-un produs prin intermediul unor consumuri în ramuri conexe);
- productiv - pentru crearea de noi bunuri materiale şi spirituale şi pentru sporirea valorii bunurilor în sfera circulaţiei (materii prime, materiale, combustibil, energie, maşini, utilaje etc.);
- neproductiv - în vederea satisfacerii nevoilor personale (c.individual) şi generale ale colectivităţii (c.social): produse alimentare, bunuri de folosinţă îndelungată, bunuri cu destinaţie culturală, cheltuielile din buget stat pentru învăţămînt, ştiinţă, cultură, artă, sănătate etc.
- specific - consum pentru executarea unei unităţi de produs finit sau a unei unităţi de lucrare.
- investiţie - folosirea unor bunuri pentru a produce altele.

117. - Cheltuieli - asigurarea (prevedere), achitare bănească generate pentru echipare, dotare, aprovizionarea unităţilor sanitare şi pentru tehnicizarea personalului.

118. - Cost - sumă cheltuită numai pentru ce s-a consumat efectiv, pentru mijloace materiale sau pentru muncă.

119. - Preţ - termen specific asociat (producţiei şi) vînzării de mărfuri, expresia bănească a valorii mărfii, nivelul la care se vinde marfa trebuie să asigure recuperarea cheltuielilor de producţie şi obţinerea unui venit net.

120. - Beneficiu - diferenţa dintre veniturile realizate şi cheltuielile determinate de desfăşurarea unei activităţi.

121. - Eficienţă economică - raportul dintre efectul util obţinut şi efortul depus la nivelul unui sistem şi al subsistemelor sale. Cu cît efectul obţinut pe unitate de efort este mai mare sau cu cît este mai mic efortul pentru obţinerea unui anumit efect util, cu atît eficienţa economică este mai ridicată. Sintetic, nivelul eficienţei economice poate fi determinat: direct (raportarea efectului util la efortul depus) sau indirect (ra-

portarea efortului depus la efectul obţinut).

122. - Indicator al eficienţei - ajută la analiza efectelor obţinute, a eforturilor depuse şi a factorilor ce condiţionează nivelul, dinamica şi structura eficienţei economice. Efortul este exprimat direct prin timp de muncă, cheltuieli de producţie etc. şi indirect, prin cheltuieli generale ale unităţii. Efectul este redat prin indicatori fizici (consultaţii, tratamente, zile spitalizare etc.), indicatori globali (toate vaccinările la un loc), rezultatul final (scăderea incidenţei unei boli pentru o perioadă), rezultatul net (persoane ce au evitat boala). Principalii indicatori de eficienţă sînt: consultaţii pe oră, numărul consultaţii la 1000 lei cheltuieli retribuţie, evitarea de noi îmbolnăviri.

123. - Optimizare - proces de găsire a soluţiei optime a unei probleme (din ansamblul celor previzibile) în raport de unul sau mai multe criterii şi în anumite condiţii care extremizează rezultatele (maximizează de ex. volumul activităţii sau minimizează de ex. consumul, costul). Se poate aplica la nivelul întregului sector, a unei unităţi sanitare, pentru o acţiune sanitară sau pentru un caz.

124. - Econometrie - tehnică de cercetare economică care face apel la analiza matematică.

125. - Cheltuieli indirecte, cheltuieli de producţie generate de fabricarea produselor şi de administrarea unităţii, ce nu pot fi identificate şi nici repartizatea pe produse. Ele cuprind cheltuielile comune ale secţiei şi cheltuielile generale ale unităţii, mărimea lor nu variază cu creşterea sau descreşterea volumului producţiei, fiind relativ constante. Repartizarea lor pe produse se face pe baza unei chei (criterii) de repartizare.

126. - Cheltuieli comune ale secţiei sau serviciului, cheltuieli indirecte, care nu pot fi individualizate pe repere, produse, lucrări, pe feluri de acte medicale etc. In raport de dependenţa lor faţă de volumul activităţii ele se clasifică în: a) cheltuieli de întreţinere şi de funcţionare a utilajelor (variabilă cu volumul activităţii) şi b) cheltuieli generale ale secţiei (administrativ-gospodăreşti - nu variază cu volumul activităţii).

127. - Cheltuieli generale ale unităţii, cheltuieli indirecte ce se referă la conducerea ansamblului activităţii. Ele se clasifică în cheltuieli: de interes general, administrativ-gospodăreşti şi neproductive. Sînt fixe în raport cu volumul producţiei. Ele se repartizează pe costuri de producţie pe baza unei chei de repartizare.

128. - Cheltuieli directe, cheltuieli de producţie, ce se pot individualiza pe produse (feluri de acte medicale) omogene şi care se includ

direct în costul acestora (pentru materii prime şi materiale: combustibil, energie şi apă pentru producţie; retribuţiile directe; impozitul pe fondul de retribuire şi contribuţia la asigurări sociale).

129. - Cheltuieli de producţie - cheltuieli materiale, de muncă vie şi alte cheltuieli necesare realizării producţiei pe o durată dată.

13o. - Cheltuieli materiale - componente ale cheltuielilor de producţie, sînt cheltuieli cu munca trecută cuprinse în valoarea unui produs. Se grupează în: cheltuieli cu obiectele muncii (materii prime, materiale, energie etc.) şi cele cu mijloacele de muncă (amortizarea mijloacelor fixe etc.).

131. - Cheltuieli variabile - cheltuieli de producţie = se modifică proporţional cu volumul producţiei şi care sînt relativ fixe sau constante pe unitate de produs (se cuprind cheltuielile directe, o parţe din cheltuielile comune ale secţiei şi din cele generale ale unităţii).

132. - Cheltuieli cu munca vie - cheltuieli de producţie pentru plata retribuţiei personalului şi a altor drepturi materiale (deplasări, detaşări, transferuri).

133. - Cheltuieli constante (fixe) - cheltuieli de producţie necesare administrării unităţilor, nemodificabile de volumul producţiei (se includ o parte din cheltuielile comune ale secţiei, din cheltuielile generale ale unităţii.

134. - Post (de lucru) - cea mai simplă subdiviziune organizatorică, componenta elementară a structurii organizatorice, ce constă din totalitatea obiectivelor, sarcinilor, autorităţii şi responsabilităţilor ce revin unui component al unei unităţi.

135. - Pondere ierarhică - număr persoane conduse nemijlocit de un şef.

136. - Compartiment de muncă - unitate organizatorică cu un număr de oameni sub o autoritate unică pentru a executa permanent activităţi bine precizate (secţii de spital, servicii din policlinică, birouri administrative etc.).

137. - Activitate - ansamblu de acte fizice, intelectuale etc. efectuate pentru obţinerea anumitor rezultate.

138. - Atribuţie - ansamblu de sarcini identice necesare realizării unei părţi dintr-o activitate ce incumbă o anumită responsabilitate, autoritate şi competenţă pentru îndeplinirea lor.

139. - Sarcină - componentă a atribuţiei, cea mai mică unitate de muncă stabilită unui executant (individ, grup), cea mai mică diviziune a unei activităţi. Indeplinirea ei necesită mai multe operaţii.

14o. - Comportament - modul de a acţiona, de a se purta al persoanelor, grupurilor în diferite raporturi, activităţi şi situaţii sociale.

în funcţie de condiţia şi rolul lor social, de interesele şi opiniile pe care acestea le exprimă şi de situaţiile concrete cu care se confruntă.

141. - Operaţie - în cercetarea operaţională - o activitate, o acţiune realizată (de un anumit sistem) pe bază de instrucţiuni şi în condiţii bine definite.

142. - Activitate operaţională - realizarea sarcinilor în succesiunea ordonată a caracteristicilor determinante ale fenomenelor, proceselor şi sistemelor economico-sociale şi a acţiunilor pe care acestea le comportă.

143. - Utilitate - avantajul ce-l prezintă serviciul, tratamentul, medicamentul, programul, măsura de luptă sau de prevenire recomandate sau adoptate pentru o persoană sau un grup.

144. - Efect - termen general ce desemnează consecinţele, rezultatele, repercusiunile activităţilor.

145. - Evaluare - un mod particular de apreciere care măsoară cantitativ rezultatele şi le compară cu ceea ce s-a stabilit la începutul acţiunii (etapei); are sensul de bilanţ al unei acţiuni, program etc.

146. - Criteriu - o apreciere, o normă, o caracteristică cu care se poate stabili, clasifica, estima sau determina un fenomen (ex.: nr.locuitori, nivelul morbidităţii etc. în stabilirea necesarului de medicamente).

147. - Metodă de analiză - metodă de cercetare a unui fenomen bazată pe descompunerea în elemente constitutive, pe stabilirea factorilor care îl explică sau îl determină; poate fi: calitativă (ce vizează identificarea legăturilor cauzale) şi cantitativă (cuantifică influenţele factorilor ce explică fenomenul). Principalele metode calitative sînt: a diferenţei, concordanţei, variaţiilor concomitente, diviziunii şi descompunerii rezultatelor, a grupării, a comparaţiei. Principalele metode cantitative: metoda indicilor, a corelaţiei ş.a.

148. - Eşantion - un grup (subansamblu) dintr-o populaţie ce răspunde criteriilor statistice de reprezentativitate.

149. - Normă (norme, norm) - regulă, dispoziţie obligatorie stabilită prin reglementări departamentale sau prin uz: nevoie determinată ştiinţific pentru un sector medical; normă de activitatecantitate de lucru ce trebuie executată/unitate de timp; normă de timp = cantitate de timp necesară pentru efectuarea unei lucrări (consultaţii) în condiţii specifice date.

150. - Normativ - reglementare de stat; ce stabileşte normele.

151. - Situaţia (stare de referinţă) - stare de lucruri la începutul unui program, experiment ce serveşte ca punct de plecare sau ca punct zero pentru măsurarea modificărilor ulterioare.

152. - Experiment în simplu orb - cercetare în care natura tratamentului ce se experimentează nu e cunoscută de unul din participanţi, obişnuit de subiect.

153. - Experiment în dublu orb - cercetare în care natura tratamentului ce se experimentează nu e cunoscută nici de subiect şi nici de observator.

154. - Martor (lot) - grup de indivizi sau factori de mediu, la care o activitate sau un program n-a fost aplicat în vederea comparării cu alt grup la care activitatea sau programul a fost aplicat.

155. - Numărătoare inversă - numărare a timpului de la numerele mari către zero, cu scopul de a pune în evidenţă cît a mai rămas pînă la producerea unui eveniment sau pînă la declanşarea unei acţiuni. S-a aplicat la început în tehnică după introducerea sistemelor automate de conducere a proceselor pentru a asigura sincronizarea începerii desfăşurării fenomenului cu cea a preluării conducerii lui.

Scanned with OKEN Scanner

LISTA ALFABETICA A TERMENILOR CU NUMARUL DIN GLOSAR

- Accident de muncă (21)
- Activitate (137)
- Activitate operaţională (142)
- Algoritm (99)
- Analiza drumului critic (82)
- Analiza de sistem (73)
- Analiza pe bază de grafuri (81)
- Analogic (1o4)
- Asanare (3o)
- Asigurare a bolii (33)
- Asigurări sociale (32)
- Atribuţie (138)
- Autoîngrijiri ale sănăt.(65)
- Avarie (23)
- Bit (98)
- Beneficiu (12o)
- Boală acută (8)
- Boală cronică (9)
- Calitatea vieţii (1)
- Centru de sănătate (49)
- Cercetare operaţională (72)
- Cheltuieli (117)
- Cheltuieli comune ale secţiei (126)
- Cheltuieli constante (133)
- Cheltuieli directe (128)
- Cheltuieli generale ale unităţii (127)
- Cheltuieli indirecte (125)
- Cheltuieli materiale (13o)
- Cheltuieli cu munca vie (132)
- Cheltuieli de producţie (129)
- Cheltuieli variabile (131)
- Cibernetică (74)
- Circumscripţie sanitară (47)
- Colectivitate (35)
- Comportament (14o)
- Comportament de muncă (136)
- Conexiune (1o5)
- Conexiune inversă (1o6)
- Constrîngeri (84)
- Consum (116)
- Cost (118)
- Criteriu (146)
- Depistare precoce (59)
- Depistare sistematică (6o)
- Digital (1o2)
- Disfuncţia unui sistem (94)
- Dispensar (48)
- Distribuţie (115)
- Durata medie a conc.med. (1o-c)
- Echipă operaţională (88)
- Echipă de sănătate (5o)
- Econometrie (124)
- Efect (144)
- Eficienţă economică (121)
- Entropie (95)
- Eşantion (148)
- Evaluare (145)
- Experiment în simplu orb (152)
- Experiment în dublu orb (153)
- Factor de risc (58)
- Fiabilitate (92)
- Fidelitate (62)
- Frecvenţa bolii (1o-h)
- Frecvenţa cazurilor iniţiale de concediu med. (1o-c)
- Gravitate (1o-c)
- Handicap (13)
- Hardware (1oo)
- Ieşiri (91)
- Igienă (37)
- Implementare (1o9)
- Incapacitate (12)
- Incapacitate de muncă (15)

Scanned with OKEN Scanner

- Incidenţa bolii (1o-a)
- Indicator al eficienţei (122)
- Infirmitate (11)
- Informatică (75)
- Intrări (9o)
- Invaliditate (14)
- Investiţie (116)
- Ingrijiri medicale (67)
- Ingrijiri medicale primare (68)
- " " secundare (69)
- " " terţiare (7o)
- Ingrijiri de sănătate (63)
- Ingrijiri primare de sănătate (64)
- Management (71)
- Marketing (76)
- Martor (154)
- Medic de sănătate publică (42)
- Medicină comunitară (41)
- Medicina muncii (36)
- Medicina omului sănătos (25)
- Medicina preventivă (27)
- Medicină socială (38)
- Mediu de muncă (24)
- Memorie (97)
- Metodă de analiză (147)
- Model (79)
- Model matematic (8o)
- Morbiditate (1o)
- Morbid.cu invalidit. (1o-d)
- Morbid.cu pierd.temp.a cap. de muncă (1o-c)
- Morbiditate spitalizată (1o-e)
- Morbiditate succesivă (1o-h)
- Mortalitate specifică (1o-f)
- Morbid. individuală (1o-g)
- Normativ (15o)
- Normă (149)
- Nonă (28)
- Numărătoare inversă (155)
- Numerie (1o3)
- Nutriţie umană (4)
- Obiectiv (11o)
- Operaţie (141)
- Optimizare (123)
- Organigramă (85)
- Org.şi conduc.ştiinţif. (71)
- Organizare sanitară (4o)
- Organizare sistemică (93)
- Panel (85)
- Plan (1o7)
- Planificare familială (6)
- Pondere ierarhică (135)
- Post (de lucru) (134)
- Preţ (119)
- Prevalenţă (1o-b)
- Prevenire a bolii (51)
- Prevenire (profilaxie) primară (53)
- Prevenire secundară (54)
- Prevenire terţiară (55)
- Prevenire specifică (52)
- Program (1o8)
- Programare liniară (83)
- Promovarea sănătăţii (26)
- Protecţie sanitară (29)
- Readaptare (17)
- " medicală (18)
- " profesională (2o)
- " socială (19)
- Recuperare cap.de muncă (16)
- Repartizare (114)
- Resurse (111)
- Resurse financiare (113)
- Resurse umane (112)
- Risc (56)
- Risc de îmbolnăvire (57)
- Sănătate publică (39)
- Sarcină (139)
- Securitate a muncii (34)
- Securitate socială (31)
- Seminar (86)
- Servicii de sănătate (44)
- Serv.de săn.de bază (45)

- Servicii individuale de săn. (66)
- Serviciu naţional de săn.(46)
- Servicii preventive (28)
- Sistem (89)
- Sistem de sănătaţe (43)
- Sistem de inform.sanit. (96)
- Situaţie sanitară (3)
- Situaţie de referinţă (151)
- Software (101)
- Stare de sănătate (2)
- Stare nutriţională (5)
- Strategice (decizii) (76)
- Stiinţe ale comportam. (7)
- Tactice (decizii) (78)
- Utilitate (143)
- Validitate (61)

DOCUMENTE CONSULTATE PENTRU GLOSAR

1. - Vocabulaire de la Santé publique - OMS, Euro, 1977
2. - Glossaire de la série „Santé pour tous" OMS - Genève, 1984
3. - Buletin de l'OMS, 1965-1984, Genève
4. - Chronique OMS, 1965-1984, Genève
5. - Cahiers de Santé Publique, OMS, Genève.
6. - Rapports des groupes d'étude de l'OMS, Genève
7. - Rapports des Comités d'experts de l'OMS, Genève
8. - Série de rapports techniques, OMS, Genève
9. - Dicţionar de conducere şi organizare., Ed.Pol., Bucureşti, 1985.

xxx

Scanned with OKEN Scanner

B I B L I O G R A F I E

1. - Abel-Smith B. - Etude internationale des dépenses de santé - OMS, Cahiers de la Santé Publique 32, Genève, 1969.

2. - Ancuşa M., Moise Gh., Nistor F. - Curs de medicină socială, Litografia Inst.Med. Timişoara, 1977.

3. - Ancuşa M., Nistor F. - Curs de economie sanitară, Litografia Inst. Med. Timişoara, 1977.

4. - Ancuşa M., Nistor F. - Metodologia cercetării epidemiologice, Litografia, Inst. Med. Timişoara, 1981.

5. - Ancuşa M., Nistor F. - Indrumătorul pentru educatorul sanitar, Timişoara, 1983.

6. - Backett E.M., Davies A.M., Petras-Barvazian A. - L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé - OMS, Genève, 1984.

7. - Bărbulescu C. - Stiinţa organizării, Ed.did.şi ped., Buc., 1971.

8. - Birrien J.Y. - Information et management - Ed.Dunod Economice - Paris, 197e.

9. - Brătescu Gh. - Istoria ocrotirii sănătăţii muncitorilor din România, Ed. medicală, 1957.

10. - Ceauşescu N. - Cuvîntare la Conferinţa mondială a populaţiei, 19 august 1974, Ed.Politică, 1974.

11. - Ceauşescu N. - România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate - Ed.Politică.

12. - Ceauşescu N. - Raport la cel de al XIII-lea Congres al PCR - Ed. Politică, Buc., 1984.

13. - Comes V., Ivanciuc Emilia, Stamatiu C. - Curs de medicină socială pentru facultatea de stomatologie, Litografia IMF Cluj-Napoca, 1978.

14. - Constantinescu P., Georgescu M., Năstăsel E. - Analiză, decizie, control - Ed.tehnică, Buc., 1977.

15. - Cornescu V. - Rolul şi importanţa controlului în conducerea întreprinderii - Ed.politică, Buc., 1984.

16. - Coroi V., Gergos C., Huszar T., Havriliuc C., Lemneanu E., Luculescu I., Tocan F. - Medicina socială - curs - Ed.did.şi pedag., Buc.1980.

17. - Coroi V., Luculescu S., Mihăilescu D. - Medicina socială (lucrări practice), vol.II, 1976.

18. - Coroi V., Andronescu M. - Conducerea spitalului, Ed.Med., Buc.,1976.

19. - Demetrescu M.C. (coord) - Marketing intern şi internaţional, Buc., Ed.politică, 1975.

20. - Dinescu C., Săvulescu B. - Decizii în probleme economice, Ed.did. şi ped., Buc., 1978.

21. - Drăgănescu M., Arseni C. - Problematica sănătăţii, azi şi în viitor, Ed.Academiei R.S.România, 1984.

22. - Enăchescu D., Grosz G., Havriliuc C. - Medicina socială (lucrări practice) vol.I., 1974.

23. - Farkaş E.I. - Medicina socială - curs - IMF Tg.Mureş, 1973.

24. - Gerbier J., Aimard C. - Organizare, conducere, Memorator, vol.1, Ed.Pol., Buc., 1971.

25. - Gernez-Rieux Ch., Gervois M. - Eléments de médecine préventive, santé publique et hygiène., Ed.Flammarion, Paris, 1976.

26. - Guţu S. - Sisteme informative în administraţie., Ed.şt.şi enciclop., Buc.1984.

27. - Hegarth J. - Vocabulaire de la santé publique, OMS, Copanhague, 1977.

28. - Ilea T. - Sănătatea publică în mediul rural. - Ed.Med.Buc., 1964.

29. - Ilea T., Enăchescu D., Coroi V., Grosz G., Huszar T. - Probleme de economicitate în ocrotirea sănătăţii şi metode de cercetare. Igiena, nr.8, 1965.

30. - Ilea T., Pruteanu P., Predan I. - Manual de sănătate publică, Ed. did.şi pedag., Bucureşti, 1966.

31.- Ilea T., Prutenau P., Grosz G. - Sănătate publică. Teorie şi metodă. Ed. med. Bucureşti, 1966.

32. - Ilea T. - Planificare şi economie în ocrotirea sănătăţii., Ed.med. Bucureşti, 1968.

33. - Ionescu Tr., Ivan A. - Contribuţii la particularizarea teoriei nivelurilor în procesul epidemiologic al bolilor infecţioase şi cronice de masă - Rev.Microb., 197o, 4, 299-344.

34. - Iosifescu M., Moineagu C., Trebici V., Ursianu Emiliana. - Mică enciclopedie de statistică, Ed.Şt.şi enciclop. Buc., 1985.

35. - Kleczkowski B., Milton R., Albert Van Der Wolff. - Les sistèmes de santé nationaux: réorientation sur la voie de la santé pour tous, Cahiers de santé publique 77, OMS, Genève, 1984.

36. - Mach E.P., Abel-Smith B. - Planification des ressources financières du secteur de la santé OMS, Genève, 1984.

37. - Mahon M., Pugh T. - Epidemiology. Principes and methodes, Little Brown Company, 1971.

38. - Mahler H. - Une revolution sociale en santé publique, Chronique OMS, 3e Genève, 1976.

39. - Maliţa M., Zidăroiu C. - Incertitudine şi decizie - Ed.şt.şi enciclop. Buc., 198o.

4o. - Mănescu S. - sub red. - Tratat de Igienă - Ed.Medicală, Buc.1984.

41. - Mihulenc E. - Ştiinţa conducerii şi profilul conducătorului, Ed. did. şi ped., Buc., 1977.

42. - Mihulenc E. - Trăsături şi principii ale conducerii în RSR, Ed.Acad. R.S.România, 1981.

43. - Mihulenc E. - Ştiinţa conducerii. Metodologie şi metode de conducere. Ed.did.şi ped., Buc., 1982.

44. - Mihuţ I. - Bazele conducerii întreprinderii, Ed.Dacia, 1981.

45. - Moise Gh. - Organizare sanitară şi organizarea asistenţei stomatologice - îndreptar de lucrări practice, Litografia I.M.Timişoara, 1981.

46. - Moise Gh., Severineanu V. - Organizare sanitară şi organizarea asistenţei stomatologice - curs - Lito, IM Timişoara, 1982.

47. - Moser C. - Metode de anchetă în investigarea fenomenelor sociale, Ed.St.Buc., 1971.

48. - Mureşan P. - Manual de statistică sanitară, Ed.Med.Buc., 1980.

49. - Olteanu I. - Conducerea ştiinţifică a întreprinderii, Ed.politică, Buc., 1970.

50. - Olteanu I. - Limitele progresului şi progresele limitelor, Ed. politică, Buc. 1981.

51. - Penciu P., Dorobanţu I. - Educaţia sanitară în circumscripţia sanitară rurală, Ed.Med. Bucureşti, 1969.

52. - Popescu Al. - Probleme economice şi administrative pentru cadrele de conducere din unităţile sanitare, Ed.Med.Buc., 1968.

53. - Pressat R. - Analiza demografică. Concepte. Metode. Rezultate. Ed.ştiinţifică , Bucureşti, 1974.

54. - Prunea P. - Economie politică, sistematizări şi sinteze. Ed.Dacia, 1984.

55. - Răducu V. - Intrebări şi răspunsuri privind organizarea întreprinderii, Ed.tehnică, Buc., 1978.

56. - Rösch G. - Economique médicale - Ed.Flammarion, Paris, 1973.

57. - Ruginâ V. - Studiul fertilităţii femeilor căsătorite din două comune rurale cu condiţii sociale diferite, Teză de doctorat, IMF Buc., 1973.

58. - Rusu C., Nicolescu O. - Conducătorul în procesul conducerii moderne. Ed.politică, Buc., 1980.

59. - Sauvy A. - Théorie générale de la population, vol.I, PUF Paris, 1963.

60. - Silion I., Petruşca R., Mihalache C. - Lucrări practice de medicina muncii, 1984, Iaşi, Lito IMF.

61. - Sordet J. Les modeles, instruments de décision. Ed.Dunod, 1970, Paris.

62. - Stahl M., Matei I. - Manual de prevederi şi asistenţă socială, vol.I şi vol.II, Ed.med. Bucureşti, 1962.

82. - x x x - Programul PCR de făurire a societăţii socialiste multilateral dezvoltate şi înaintarea României spre comunism. Ed.politică, Buc., 1975.

83. - x x x - Programul de măsuri cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei aprobat de Plenara C.C. al PCR din 26-27 oct.1977.

84. - x x x - Directivele Congresului al XII-lea al PCR cu privire la dezvoltarea economico-socială a României în cincinalul 1981-1985 şi orientările de perspectivă până în anul 1990. Ed.Politică, 1979.

85. - x x x - Directivele Congresului al XIII-lea al PCR cu privire la dezvoltarea economico-socială a României în cincinalul 1986-1990 şi orientările de perspectivă până în anul 2000. Ed.Politică, Buc.1984.

86. - x x x - Constituţia RSR, Ed.politică, Bucureşti, 1968.

87. - x x x - Legea nr.3 din 6 iulie 1978, privind asigurarea sănătăţii populaţiei.

88. - x x x - Decretul 296 din 1973 privind stabilirea normelor unitare de structură pentru unităţile sanitare.

89. - x x x - Decretul 116/1975 privind organizarea Consiliului Sanitar Superior.

90. - x x x - Legea 57 din 1968 de organizare şi funcţionare a consiliilor populare.

91. - x x x - Norme generale de organizare şi funcţionare ale unităţilor sanitare (aprobate ordin M.S.nr.56/1975), Ed.Med. Bucureşti, 1974.

92. - x x x - Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii nr.27 din 17 ianuarie 1974 de aplicare a Decretului nr.770 din 1966.

93. - x x x - Buletinul Ministerului Sănătăţii, serii anuale.

94. - x x x - Buletin de statistică sanitară - Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară - MS - serii anuale.

95. - x x x - Breviar de Statistică Sanitară - Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară al M.S. - serii anuale.

113. - x x x - La recherche operationnelle au service de la santé - OMS, Euro 1969.

114. - x x x - Recherche économique sur la croissance des services de santé - OMS, Euro, 1979.

115. - x x x - Les services de santé en Europe, OMS, Copenhague, 1979.

116. - x x x - Principes applicables dans la pratique des soins pour l'optimisation de leur côut-efficacité - Rapp.et études Euro-53, 1980.

117. - x x x - La maîtrise des dépenses de santé dans les systèmes de sécurité sociale-OMS, Euro, Rapp. et Etudes, 55,1981.

118. - x x x - Le programme européene de l'OMS relatif aux maladies cardio-vasculaires OMS - Euro-1984.

-oOo-